

Nachsorge ist die beste Vorsorge

Michael Winkelkötter
Dipl. Sozialarbeiter / Gesundheitswissenschaftler MPH
Landschaftsverband Westfalen-Lippe
Abteilung Maßregelvollzug

Sehr geehrte Damen und Herren!

Ich freue mich darüber, wie groß das Interesse an der heutigen Fachtagung zum Thema der Ambulanten Nachsorge für forensisch-psychiatrische Patienten in Westfalen-Lippe ist.

Die Ambulante Forensische Nachsorge hat in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen und ist im Rahmen einer qualifizierten Behandlung von Patienten und Patientinnen ein unverzichtbarer und elementarer Bestandteil am Ende einer im Regelfall langjährigen Behandlungskette.

Längst ist in der Fachöffentlichkeit unumstritten, dass eine qualifizierte Forensische Nachsorge wirkt. Und zwar nachhaltig.

Aktuelle wissenschaftliche Untersuchungen kommen zu dem Ergebnis, dass die Rückfallquote bei denen durch eine Forensische Fachambulanz nachbetreuten Patienten deutlich niedriger liegt als bei anderweitig oder gar nicht nachbetreuten Patienten.

Unter einem Rückfall wird dabei nicht die erneute psychiatrische Dekompensation und Behandlungsnotwendigkeit definiert, so wie es im engeren psychiatrischen Kontext geschehen würde.

Im Maßregelvollzug hat der Rückfall eine noch andere, wesentlich gravierendere Bedeutung; Rückfall ist hier gleichbedeutend mit einer erneuten Straffälligkeit der entlassenen Patienten. Das dies z. B. mit einer psychiatrischen Dekompensation bei psychotisch-erkrankten Patienten korrelieren kann, steht dabei außer Frage.

Mit einer engmaschigen und strukturierten Nachsorge können auftretende psychiatrische und psychosoziale Krisen durch eine zeitnahe Intervention der Ambulanzmitarbeiter aufgefangen werden. Das Handlungsrepertoire beinhaltet unterschiedliche Tätigkeiten; es ist immer bereits im Rahmen eines Krisen- und Interventionsplanes zu Beginn der Behandlung in der Ambulanz ganz individuell festgeschrieben worden.

Eine qualifizierte Nachbetreuung bietet durch die besseren Möglichkeiten der Früherkennung von Krisensituationen und eines Krankheitsrezidivs einen wichtigen Schritt zur Risikominimierung.

Dass zu einer funktionierenden Arbeit der Forensischen Ambulanzen in Krisen- und Notfallsituationen die rechtzeitige stationäre Wiederaufnahme gehören kann und dies

ein wichtiges Instrument darstellt, leuchtet ein. Durch eine qualifizierte Nachsorge kann rechtzeitig, vor dem definierten Rückfall, interveniert werden und einer erneuten Straffälligkeit vorgebeugt werden. Dies ist sowohl in nationalen wie auch internationalen Studien beschrieben worden und deckt sich auch z. T. mit den in unseren Ambulanzen gemachten Erfahrungen.

Vor diesem Hintergrund ist die oberste Zielsetzung der Forensischen Nachsorge und die Arbeit der Ambulanzen klar:

An erster Stelle steht die Verhinderung des Rückfalls - die Vermeidung von Deliktrückfällen.

Die Arbeit der Ambulanzen kann aus diesem Grund auch als ambulante Kriminaltherapie bezeichnet werden. Bei dieser Zielsetzung wird auch deutlich, dass sich das Hilfesystem in einem schwierigen Spannungsfeld befindet. Eine vertrauensvolle Hilfestellung wird von den Beschäftigten in der alltäglichen Arbeit erwartet, ebenso wie der Aufbau und die Pflege einer tragfähigen Beziehung zum entlassenen Patienten unabdingbar ist. Aber auch die Kontrolle von Vorgaben und Maßnahmen und im Krisen- bzw. Notfall auch die Einleitung von ggf. notwendigen freiheitsentziehenden Maßnahmen kann erforderlich sein. Die Arbeit in diesem Spannungsfeld fordert den dort tätigen Beschäftigten ein hohes Maß an fachlicher Qualifikation ab, da zur Erfüllung dieser Anforderungen unterschiedlichste Fähigkeiten gehören.

Auch das Land Nordrhein – Westfalen als Kostenträger des Maßregelvollzugs und der Forensischen Nachsorgeambulanzen betont die Wichtigkeit der Nachsorge mit der Verordnung zur Finanzierung der Ambulanzarbeit im Jahr 2003 und priorisiert in der Zielsetzung eindeutig die Verhinderung von Deliktrückfällen.

Wir sind durch die Bereitstellung der Finanzmittel durch das Land in die Lage versetzt worden, ein Netz an forensischen Ambulanzen auf den Weg zu bringen und dafür zu sorgen, dass Strukturen geschaffen werden, die für eine qualifizierte und wirksame Nachsorgepraxis sorgen.

Dass die nun von uns initiierten und Ihnen im weiteren Verlauf meiner Ausführungen gemachten Aktivitäten keineswegs selbstverständlich sind, macht auch ein Blick über die Landesgrenzen hinweg deutlich. Eine forensische Nachsorge für bedingt entlassene Maßregelvollzugspatienten existiert bislang nur in einigen wenigen Bundesländern, so z. B. in Hessen, Berlin, Bayern und eben NRW.

Ebenso ist die Entwicklung im Bereich der Nachsorge umso erfreulicher, wenn bedacht wird, dass bis 1998 die Behandlung von MRV Patienten in Nordrhein Westfalen juristisch regelmäßig mit der (bedingten) Entlassung aus dem Maßregelvollzug endete und keine Nachbetreuung gesetzlich vorgeschrieben war.

So kam der Schlussbericht des parl. Untersuchungsausschusses noch im Jahr 2000 betreffend den Maßregelvollzug zu dem Ergebnis, dass die Schaffung und Finanzierung mehrerer ambulanter therapeutischer Nachsorgeambulanzen unbedingt erforderlich ist. Im Fokus der Ambulanzarbeit sollten die Vergrößerung der Kooperationsbereitschaft von Heimen und anderen nachsorgenden Einrichtungen sowie die Verhinderung von Rückfällen psychischer wie delinquenter Natur sein. Der

Bericht war mit der Einschätzung verbunden, dass ein Maßregelsystem im Jahr 2010 ohne ein Netz solcher Ambulanzen gar nicht vorstellbar ist.

Mit der Schaffung der rechtlichen Grundlagen im Jahr 1999 und nochmals aktualisiert Mitte 2002 wurde dann an prominenter Stelle im § 1 Abs. 3 des MRVG NRW festgeschrieben, dass die Therapie und Beratung mit Zustimmung der Patientinnen und Patienten auch nach der Entlassung im Benehmen insbesondere mit der Führungsaufsicht, den gesetzlichen Betreuungen, der Bewährungshilfe und anderen fortgesetzt werden kann und Angebote zur Nachsorge bereitgestellt werden.

Nun ist es aber nicht so, dass es in der Vergangenheit keine Nachsorgeaktivitäten in unseren Kliniken gegeben hat. Vielmehr ist das Westfälische Zentrum Lippstadt – Eickelborn im Rahmen des Modellverbundes Psychiatrie des Bundesministeriums für Gesundheit von 1989 bis 1992 im Modellprojekt Ambulante Nachsorge im Rahmen der Beurlaubung oder Entlassung tätig geworden.

Von Ende 1999 bis Ende 2002 hat das WZFP das Modellprojekt „Ambulante Nachsorge“, gefördert vom Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes NRW durchgeführt. Dabei sind wichtige Erfahrungen für die nun von uns praktizierte aktuelle Nachsorgearbeit gemacht worden.

Neu ist allerdings, wie bereits erwähnt, dass eine gesetzliche Normierung der Nachsorge stattgefunden hat und dass es in der Folge zu einer geregelten Finanzierung gekommen ist.

Unmittelbar nach dem Erlass des Landes und den dort formulierten Anforderungen an eine qualifizierte Nachsorgetätigkeit hat sich beim Landschaftsverband Westfalen Lippe in der Abteilung Maßregelvollzug eine Arbeitsgruppe konstituiert. Diese Arbeitsgruppe, zusammengesetzt aus Mitarbeitern der Verwaltung und langjährig erfahrenen Praktikern, entwickelte Leitlinien, an denen sich die jeweiligen Forensischen Ambulanzen in ihrer, durch regionale und strukturelle Vorgaben durchaus unterschiedlichen Arbeit, zu orientieren haben.

Im folgenden Stelle ich Ihnen diese Leitlinien vor.

1. Die Zeit nach der (bedingten) Entlassung aus der Maßregel ist vielfach kritisch.

Es hat sich gezeigt, dass die Entlassung aus der Maßregel zum Ende der längerfristigen Beurlaubung regelmäßig einen tiefen Einschnitt hinsichtlich der Versorgungsintensität darstellt. Das führt immer wieder dazu, dass erfolgreich bedingt entlassene PatientInnen in schwere Krisen geraten und erneut suchtmittel- bzw. strafrückfällig werden.

Doch auch in dem Zeitraum der Unterstellung unter die Führungsaufsicht kommt es vielfach zu kritischen Ereignissen und Verläufen. Insbesondere ist bei einigen ehemals gem. § 63 StGB untergebrachten PatientInnen zu beobachten, dass diese zum Ende der Unterstellungsfrist Handlungsspielräume absprachewidrig erweitern und die Grenzen für Regelverstöße neu auszuloten versuchen. Eine bisweilen zu beobachtende Tendenz der Strafvollstreckungskammern, die Aussetzung der Unterbringung bei relativ geringfügigen Verstößen gegen Weisungen und Bewährungsauflagen nicht zu widerrufen, kommt dieser Tendenz entgegen.

Patienten und Patientinnen dürfen gerade in dieser, von der Praxis als immer wieder kritisch beschriebenen Zeit, nicht alleine gelassen werden sondern müssen durch die Forensische Ambulanz Hilfestellungen erhalten. Diese Hilfestellungen sind, zu diesem kritischen Zeitpunkt und auch darüber hinaus, auch für die nachbetreuenden Dienste und Einrichtungen zu erbringen. Die komplementären Akteure erhalten durch die Tätigkeit der Ambulanz eine wichtige Unterstützung in dieser kritischen Phase und erlangen dadurch Handlungssicherheit. Letztlich kann diese Hilfestellung auch dazu beitragen, die Bereitschaft zur Aufnahme von (ehemaligen) Maßregelvollzugspatienten in den komplementären Bereich zu erhöhen. Diese Zielsetzung ist trotz der primären Aufgabenbeschreibung der „Sicherungsnachsorge“ keinesfalls aus den Augen zu verlieren, geht es doch auch darum, neben der Verbesserung der individuellen Nachsorgepraxis auch strukturelle Veränderungsimpulse zu geben und für eine größere Akzeptanz des Maßregelvollzugs in Einrichtungen der gemeindepsychiatrischen Versorgung zu sorgen.

2. Eine verbesserte ambulante Nachbetreuung führt zur Stabilisierung

Von einer verbesserten ambulanten Nachbetreuung ist zu erwarten, dass sie zu einer weiteren Integration und einer deutlichen Stabilisierung der Entlassenen beiträgt. In dem Maße wie es gelingt, die Patienten und Patientinnen in die Gesellschaft zurückzuführen, ist zugleich von einem Rückgang des von ihnen ausgehenden Risikopotentials auszugehen.

3. Die Unterschiede zwischen den gem. § 63 und § 64 StGB Untergebrachten erfordern spezifische Vorgehensweisen

Suchtkranke Straftäter, die gem. § 64 StGB im Maßregelvollzug untergebracht sind, unterscheiden sich in vielerlei Hinsicht von den psychisch kranken, gem. § 63 StGB, Untergebrachten. Neben abweichenden Biographien, Persönlichkeitsstrukturen, Diagnosen, und dem Umfang ihrer sozialen Integriertheit sind es vor allem rechtliche Fragen, die bei der Behandlungs- und (Wieder) Eingliederungsplanung zu berücksichtigen sind. Hierzu zählen bei den gem. § 64 StGB Untergebrachten die Befristung der Unterbringung, die Möglichkeit der Verbüßung mitunter sehr langer paralleler Haftstrafen, die Frage der Schuldhaftigkeit. Zudem gibt es eine entwickelte Infrastruktur zur Nachbetreuung Suchtkranker, für die es bei den psychisch kranken StraftäterInnen kein entsprechendes Pendant gibt. Für die psychisch kranken StraftäterInnen ergeben sich neben weiteren strukturellen und rechtlichen Unterschieden zusätzliche Anforderungen im Hinblick auf ihre Nachsorgebetreuung. Um diesen spezifischen Nachsorgebedarfen gerecht zu werden, ist es erforderlich, die jeweiligen Krankheits- und Störungsbilder (Persönlichkeitsstörungen, Psychosen und hirnorganische Störungen, intellektuelle Minderbegabungen) zu berücksichtigen. Die besondere Problematik von gem. § 63 StGB untergebrachten Sexualstraftätern bedarf besonderer Beachtung, da hier Ängste und Vorbehalte auch unter psychiatrischen und psychosozialen Fachdiensten festzustellen sind.

Insofern sind für beide Patientengruppen spezifische Vorgehensweisen und Konzepte bei der ambulanten Nachbetreuung vorzusehen.

4. Es ist eine Parallelität von nachgehender Betreuung und Kommstruktur anzustreben

Bei den gem. § 64 StGB untergebrachten Suchtkranken überwiegt eine eher extrinsische Behandlungsmotivation. Die Fähigkeit, Kommstrukturen wahrzunehmen, korreliert mit dieser in negativer Hinsicht. Stabile Beziehungen und Kontakte aus eigenem Antrieb aufzunehmen und aufrecht zu erhalten, stellt sich für viele Suchtkranke im MRV als schwierig dar. Vor dem Hintergrund erheblicher Heterogenität in den individuellen Kompetenzen und Strukturen ist bei der ambulanten Nachsorge ein paralleles Vorgehen zwischen Kommstruktur und nachgehender Betreuung, z.B. durch Hausbesuche, anzustreben.

Bei den psychisch kranken PatientInnen mit sehr langen stationären Unterbringungs- bzw. Beurlaubungsdauern ist zudem die Bereitschaft, eine ambulante Nachbetreuung in Anspruch zu nehmen, vielfach gering oder nur vordergründig entwickelt. In der Praxis kann das dazu führen, dass sich insbesondere persönlichkeitsgestörte ehemalige PatientInnen der Nachsorge zu entziehen suchen. Auf der anderen Seite bedürfen langjährig untergebrachte und mitunter erheblich hospitalisierte PatientInnen, die vielfach eine nur geringe Krankheitseinsicht und wenige soziale Kompetenzen aufweisen, aktiv nachgehender ambulanter Betreuung.

Oftmals ergibt ein Besuch im sozialen Umfeld der Patienten sehr viel mehr Erkenntnisse über den Stand der Rehabilitationsbemühungen als ein Vorstellungstermin der Patienten in den Räumlichkeiten der Ambulanz. Erfahrene Ambulanzmitarbeiter können die psychische Befindlichkeit der Patienten und mögliche Gefährdungsmomente vor Ort in der individuellen Lebenswelt der Patienten vielfach sehr viel besser und unmittelbarer einschätzen und sich einen Eindruck über die konkreten Wohn-, Freizeit- und allgemeinen Lebensbedingungen der Patienten machen.

Vor – Ort – Betreuung ist unmittelbarer und „ungeschminkt“.

Neben dem Patienten können durch die aufsuchenden Kontakte auch das soziale Umfeld, wie z. B. Arbeitgeber, Familienmitglieder, Nachbarn, aber auch nachbetreuende Einrichtungen und Dienste profitieren. Zu berücksichtigen ist allerdings auch, dass die nachgehende Betreuung mit nicht unerheblichen Fahrtzeiten und Fahrtkosten verbunden ist. Wir haben zwischenzeitlich die Einschätzung gewonnen, dass dieser nicht unwesentliche Personal – und Sachkostenaufwand durch die Finanzierung des Landes nicht ausreichend abgedeckt ist und zukünftig Berücksichtigung finden muss.

5. Entlassungsmodus, Zeitpunkt und Zeitrahmen der Entlassung sind für eine erfolgreiche Wiedereingliederung bedeutsam

Auch hier ergeben sich bei Patienten, die gem. § 64 StGB verurteilt worden sind, spezifische Problemlagen.

Krisenhafte Entwicklungen, Rückfälle und andere unvorhersehbare Behandlungsverzögerungen führen vielfach dazu, dass die individuellen Maßregeln suchtkranker StraftäterInnen bis zur Höchstfrist vollstreckt werden (müssen), obwohl die Behandlung noch nicht zu einem sinnvollen Abschluss gekommen ist.

Bei einer Entlassung zur Höchstfrist bestehen seitens der entlassenden Einrichtung und der Führungsaufsichtsstelle keine Interventionsmöglichkeiten, wenn der verbleibende Strafrest (in der Regel das Restdrittel) in Haft verbüßt wird und die Maßregel nach der Haftentlassung als erledigt gilt.

Wenn ein verbleibender, noch nicht verbüßter, Strafrest zur Bewährung ausgesetzt und Patienten in Freiheit entlassen werden, können jedoch entsprechende Bewährungsaufgaben und -Weisungen erteilt werden. Die Verfügung des Landesbeauftragten für den Maßregelvollzug Nordrhein-Westfalen von August 2003 sieht für diese Patientengruppe zum jetzigen Zeitpunkt allerdings keine Finanzierung der Nachsorge vor. Wir bemühen uns in Zusammenarbeit mit dem Landesbeauftragten bei fachlicher Indikation auch für diese Patienten eine Nachsorge im Rahmen des vorgestellten Konzeptes zu realisieren.

Da Weisungen im Rahmen der Führungsaufsicht aber nur bei einer bedingten Entlassung vorgesehen sind, ist mit Blick auf eine wirksame Nachsorge bei den nach § 64 StGB Untergebrachten möglichst die bedingte Entlassung anzustreben.

Bei den gem. § 63 StGB Untergebrachten hingegen ist die Unterbringung unbefristet. Eine Entlassung setzt einen erfolgreichen Abschluss der Therapie bzw. eine positive Sozial- und Kriminalprognose voraus. Dies führt zu einigen Schwierigkeiten. Aufgrund nicht ausreichender Therapiefortschritte können bei einigen Patienten und Patientinnen konkrete Lockerungsstufen nicht oder nur erheblich verzögert erreicht werden, zumal Nachsorgeeinrichtungen wenig kooperationsbereite und kaum motivierte Patienten eher ablehnen.

Wenn das zuständige Gericht in einer solchen Situation die Beendigung der Unterbringung veranlasst (z. B. aus Gründen der Verhältnismäßigkeit), kann es zu einer kritischen Zuspitzung kommen, in der der Zeitrahmen für angemessene Interventionen nicht mehr ausreicht.

Auch ist davon auszugehen, dass bei den hier beschriebenen Patienten eine sehr geringe wenn gar nicht vorhandene Motivation zur Nachbetreuung durch eine nachsorgende Ambulanz gegeben sein dürfte. Umso wichtiger erscheint in solchen (glücklicher Weise eher selten auftretenden) Konstellationen eine enge Zusammenarbeit zwischen allen dann relevanten Akteuren.

Am wirksamsten dürfte eine Nachsorgepraxis sein, die vom Patienten selbst gewünscht und akzeptiert wird und als Hilfestellung auf dem Weg in ein mehr selbstbestimmtes Leben wahrgenommen wird. So ist im Maßregelvollzugsgesetz formuliert, dass die Therapie und Beratung nach der Entlassung mit Zustimmung der Patientinnen und Patienten fortzusetzen ist.

So wichtig die Freiwilligkeit zur Annahme der angebotenen Nachsorgeleistungen auch ist, legen wir doch grundsätzlich großen Wert darauf, die Annahme der Nachbetreuung durch die Forensische Ambulanz auch juristisch festzuschreiben und für die Patienten als Vorgabe zu formulieren. Regelmäßig wird daher vor der Entlassung Kontakt zur Strafvollstreckungskammer aufgenommen um die Nachsorgemaßnahmen im Rahmen von Weisungen anzuregen. Die uns vorliegenden Rückmeldungen aus der Praxis besagen eindeutig, dass die Zusammenarbeit mit der Justiz an dieser Stelle gut funktioniert und zumeist

regelmäßig von Seiten der Strafvollstreckungskammern Weisungen für die Ambulante Nachsorge ausgesprochen werden.

6. Die Behandlung im Maßregelvollzug erfolgt in typischen Phasen

In der Behandlung suchtkranker wie auch psychisch kranker Straftäter und Straftäterinnen lassen sich typische Phasen unterscheiden. Dabei ist der Aufenthalt in den einzelnen Verlaufsphasen bei den gem. § 63 StGB Untergebrachten wegen der im Durchschnitt längeren Verweildauer in der Klinik deutlich länger.

Nach der im zeitlichen Ablauf längsten Phase, der stationären Behandlungsphase mit der Möglichkeit von Kurzbeurlaubungen aus Behandlungsgründen schließt sich im Regelfall die sog. Reha-Phase mit der Möglichkeit von Beurlaubungen zur Vorbereitung der längerfristigen Beurlaubung, z. B. zur Wohnungs- und Arbeitssuche, zum Probewohnen etc., an. Dieser Phase folgt i. d. R. der Langzeiturlaub, einschließlich ggf. erforderlicher Unterbrechungen zur Krisenintervention. In der Phase der Entlassvorbereitung findet die Kontaktaufnahme zur Führungsaufsicht, zur Bewährungshilfe und ggf. zum gesetzlichen Betreuer statt. Mit der Entlassung endete, wie Ihnen bereits vorgestellt, in der Vergangenheit die Behandlung und Unterstützung der Patienten und Patientinnen von Seiten der Klinik, obschon diese Übergangszeit als kritisch betrachtet werden kann.

Nunmehr ist es möglich, zum Zeitpunkt der bedingten Entlassung die forensische Nachsorge-Betreuung durch die Ambulanzen in den typischen Behandlungsverlauf im Maßregelvollzug zu integrieren. In der Regel beläuft sich die Nachbetreuung durch die Ambulanzen bei Patienten, die gem. § 63 StGB untergebracht gewesen sind auf fünf Jahre, bei § 64er Patienten auf ein Jahr mit der Möglichkeit der Verlängerung der Nachbetreuungszeit.

Unter der Voraussetzung einer in dieser Phase gelungenen Nachbetreuung und dem Ausbleiben von einschlägigen Rückfällen mündet die forensische Behandlung in der Entlassung aus der forensischen Nachsorge-Betreuung, ggf. unter Fortsetzung der Führungsaufsicht. Falls dies für erforderlich angesehen wird ist es eine Aufgabe der Ambulanzen, für diesen ebenfalls als sensibel zu bezeichnenden Zeitpunkt rechtzeitig angemessene Nachbetreuungs- und Hilfsangebote im komplementären Versorgungsumfeld zu erschließen

7. Eigenständige forensische Nachsorgeeinrichtungen und –netzwerke sind nicht erforderlich

Der Ausgrenzung von straffällig gewordenen psychisch Kranken und ehemals suchtmittelabhängigen Menschen muss entgegen getreten werden, die Grundideen und Vorstellungen der Psychiatriereform gelten auch für diese Patienten.

Das bei dieser Grundannahme dennoch auch Grenzen gesetzt sind, ist zu akzeptieren. In der Bochumer Erklärung der DGSP zum Maßregelvollzug aus dem Jahre 1999 ist festgehalten worden, dass grundsätzlich ehemalige forensische Patienten in Einrichtungen der komplementären Versorgungslandschaft richtig verortet sind. Die Bochumer Erklärung spricht sich somit auch gegen forensische Spezialeinrichtungen aus.

Daher ist es nicht sinnvoll, spezialisierte forensische Heimeinrichtungen vorzuhalten. Solche würden dazu beitragen, ohnehin ausgegrenzte Menschen weiterhin sozial zu isolieren und die sukzessive Eingliederung in bestehende psychosoziale

Versorgungsstrukturen tendenziell verlangsamen. Ziel und Aufgabe der Ambulanz ist es, die Entlassenen in angemessenen Schritten an die vorhandenen Strukturen zur psychosozialen Versorgung heranzuführen und damit deren allmähliche Verselbständigung zu unterstützen. Dies scheint uns auch nach bisherigen Erfahrungen, bei allen nicht zu vernachlässigenden Problemen, möglich. Unsere Kooperationspartner bestätigen uns darin.

Es ist Aufgabe der Ambulanz, komplementäre Einrichtungen zu beraten und bei der Betreuung der Patienten konkret zu unterstützen. Adressat der Ambulanz ist daher immer auch, falls vorhanden, die nachbetreuende Einrichtung. Diese notwendige Unterstützung war in der Bochumer Erklärung der DGSP gefordert worden und wird nunmehr praktisch in dieser Behandlungsphase umgesetzt.

8. Die Arbeit der Ambulanz erfordert einen spezifischen Wissensaustausch

Die Ambulanz ist das Bindeglied zwischen dem Know-how der Maßregelvollzugseinrichtung und den an der Nachsorge beteiligten Personen und Einrichtungen.

Hierzu bedarf es eines spezifisch forensischen wie auch eines fallbezogenen Wissenstransfers und entsprechender Rückkopplungen zu den MitarbeiterInnen. Inhalt des Fachtransfers sind allgemeines und spezifisches Fachwissen über den Maßregelvollzug, aber auch über Krankheitsbilder, Prognostik und Gefahrenpotentiale auf der einen Seite sowie konkretes Wissen aus der Biographie, über den Behandlungsverlauf sowie eine individuelle Risikobeurteilung des/der zu Betreuenden auf der anderen Seite.

Die Ambulanz ist für den Transfer dieses allgemeinen und speziellen Forensischen Know-hows verantwortlich und zuständig. Das spezifische Fachwissen über den Maßregelvollzug ist so komplex, das nachbetreuende Einrichtungen hier vielfach für eine qualifizierte weitere Behandlung Unterstützung benötigen. Vor allen Dingen geht es bei den allgemein gehaltenen Fragestellungen um die rechtlichen Grundlagen des Maßregelvollzuges, um Verfahrensabläufe, spezielle Krankheitslehre, Deliktprävention, Gefahrenpotentiale und Risikobeurteilung. Falls neben dieser Fachberatung weiterer Bedarf besteht, sind die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Ambulanz bei der Suche nach einem/r geeigneten SupervisorIn mit Erfahrungen in der forensischen Arbeit behilflich.

Wir planen in absehbarer Zeit in regionalisierter Form den Transfer des forensischen Know-hows weiter auszubauen. So soll es zukünftig regelmäßig zu den unterschiedlichsten maßregelvollzugsspezifischen Themen ein niedrigschwelliges Fortbildungsangebot in modulhafter Form für interessierte Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der komplementären Versorgungsstruktur angeboten werden.

Den Mitarbeitern der Ambulanz sind die Patienten bereits aus dem stationären Behandlungsbereich bekannt und können daher zum jeweiligen Patienten hilfreiche Hinweise geben. Daher wird selbstverständlich über die genannten allgemeinen Fortbildungsangebote hinaus immer am Einzelfall gearbeitet, um den nachbetreuenden Einrichtungen Sicherheit im täglichen Betreuungsprozess an die Hand zu geben. Hierzu gehört die Weitergabe von fallbezogenem Fachwissen.

9. Die Schnittstellen und die Fallkoordination sind klar zu definieren

Überleitungsprozesse entwickeln sich, wie bereits vorgestellt, häufig krisenhaft. Um die Beziehungs- und Betreuungskontinuität zu erhalten, sind die Schnittstellen der Überleitung zu definieren. Die Zuständigkeiten für die einzelnen Prozessphasen sind konkret festzulegen und personell zuzuordnen. In der Behandlungsphase der bedingten Entlassung liegt die Zuständigkeit regelmäßig bei den Mitarbeitern der Forensischen Ambulanz, somit ist von der Ambulanz die Fallkoordination sicher zu stellen.

Der bzw. die FallkoordinatorIn übernimmt in dem Überleitungsprozess und bei der weiteren ambulanten Betreuung des Entlassenen eine Schlüsselposition im Sinne eines „Case-Managements“.

Bei ihm bzw. ihr laufen alle relevanten Informationen zusammen; diese Aufgabe ist um so komplexer, wenn bedacht wird, wie viele Akteure z. T. in der Nachbetreuung und Behandlung der entlassenen Patienten beteiligt sind. Notwendige Interventionen werden, so weit nicht von anderen Beteiligten initiiert, von der Fallkoordination veranlasst. Sofern es erforderlich ist (z. B. bei einer krisenhaften Entwicklung), setzt sich der bzw. die FallkoordinatorIn mit allen an der Nachsorge beteiligten Personen in Verbindung und bestellt diese ggf. zu einer Helferkonferenz ein. Die klare Zuschreibung dieser Funktion bringt den Vorteil, dass notwendige Arbeitsschritte nicht in einem „Zuständigkeitsdschungel“ aus dem Auge verloren werden.

Wenn die Entlassenen in ihrer Umgebung ausreichend psychisch und sozial stabilisiert sind und eine tragfähige Beziehung zu professionellen Helfern in dem jeweiligen sozialen Empfangsraum aufgebaut haben, kann die Fallkoordination an weiter betreuende Mitarbeiter oder Mitarbeiterinnen übergeben werden. Konkret bedeutet dies, dass z. B. der langfristig betreuende Sozialarbeiter oder die Sozialarbeiterin im Rahmen einer umfangreichen Betreuungsleistung bei Indikation das Case-Management übernimmt.

10. Zentrale Steuerungsinstrumente der Forensischen Nachsorge sind zu definieren

Die zentralen Steuerungsinstrumente in der Forensischen Nachsorge sind die zum Zeitpunkt der Entlassvorbereitung durchgeführte Gesamthilfeplanung sowie die Helferkonferenz.

Zum Termin der entlassungsempfehlenden Stellungnahme erfolgt eine Gesamthilfeplanung. Hierzu wird eine Behandlungskonferenz einberufen, in der der bisherige Behandlungsverlauf analysiert und das weitere Vorgehen dezidiert festgelegt werden.

Ein weiteres zentrales Steuerungsinstrument, auf das auch im Laufe der weiteren Behandlung bei Bedarf zurückgegriffen wird, ist die Helferkonferenz. Ziel und Aufgabe der Helferkonferenz ist es, sich mit allen an der Nachsorge beteiligten Personen über die Grundproblematik der Patienten und Patientinnen auszutauschen und die interinstitutionelle Kommunikation im Hinblick auf die weitere Betreuung zu erleichtern.

Zum Kreis der Helferkonferenzen sind alle relevanten Akteure der Nachsorge, der Behandlung und der Betreuung sowie ggf. auch des sozialen Umfeldes zu rechnen. Dieser Kreis kann z. T. sehr umfangreich sein und es ist das Ziel, möglichst alle Beteiligten einzubeziehen.

Potentielle Teilnehmer sind somit:

- MitarbeiterIn der Forensischen Fachambulanz
- der oder die bisher behandelnde Psychotherapeut/ Psychotherapeutin
- für die Eingliederung zuständige/r SozialarbeiterIn
- Stationsarzt/-ärztin
- Bezugsperson aus dem Pflegedienst
- BewährungshelferIn
- MitarbeiterIn der Führungsaufsicht
- MitarbeiterIn der komplementären Einrichtung
- Niedergelassener Facharzt/-ärztin für Psychiatrie
- Niedergelassene/r ärztlicher oder psychologischer PsychotherapeutIn
- Gesetzliche Betreuer

Personen aus dem sozialen Umfeld der entlassenen Patienten sind insofern zu beteiligen, als dass diese relevant für Fragen der Behandlung und Betreuung sein können. Beispielhaft hierfür sind Angehörige, Nachbarn, Arbeitskollegen oder Vorgesetzte. Bei den Personen aus dem sozialen Umfeld ist zu beachten, dass eine notwendige Entbindung von der Schweigepflicht einzuholen ist.

11. Das Vorgehen bei krisenhaften Entwicklungen ist individuell zu gestalten

Bei Übernahme der Patienten in der Forensischen Ambulanz wird zwingend eine individuelle Risiko-Checkliste sowie ein Notfallplan erarbeitet.

Die zugrunde liegende Checkliste ist eine wichtige Arbeitsgrundlage für die bei jedem Kontakt zum Patienten stattfindende erneute Risikoeinschätzung.

An Hand dieser Risiko-Checkliste sind alle für die Legalbewährung kritischen Ereignisse oder Handlungsweisen der Patienten und Patientinnen und die daraus resultierenden Gefährdungspotentiale festzuhalten und mit den an der Nachbetreuung beteiligten Stellen und Personen abzustimmen. In der Checkliste ist dokumentiert, unter welchen Bedingungen der Patient in der Vergangenheit als gefährlich bezeichnet werden musste und wann von einer Krise und ggf. auch von einem Notfall auszugehen ist.

Die weitere Vorgehensweise wird unter Zuhilfenahme des ebenfalls zu Anfang der Ambulanzbetreuung entwickelten Notfallplanes individuell gehandhabt.

Bei einer sich abzeichnenden Krise informiert der oder die FallkoordinatorIn alle maßgeblich an der Nachbetreuung beteiligten Personen. Gegebenenfalls wird zeitnah eine anlassbezogene Helferkonferenz einberufen.

Mögliche Interventionen sind die Verdichtung der Betreuungsintensität, die Wiederaufnahme in der entlassenden Einrichtung bzw. in der Allgemeinpsychiatrie oder andere geeignete Maßnahmen, um eine weitere Eskalation zu verhindern.

Nur wenn andere Maßnahmen zur Unterstützung des / der Entlassenen sich als unzureichend oder als nicht praktikabel erweisen, sollen strafrechtliche Maßnahmen (Bewährungswiderruf, Sicherungshaftbefehl usw.) in Betracht gezogen werden.

12. Die Dauer der ambulanten Betreuung ist nach dem Bedarf auszurichten

Nach einem Jahr bei vormals gem. § 64 StGB Untergebrachten bzw. nach fünf Jahren bei vormals gem. § 63 StGB Untergebrachten endet regelmäßig die Zeit der Finanzierung der forensischen Nachsorge im Rahmen der Kostenerstattung durch das Land. Die Begrenzung der Betreuungsdauer auf ein Jahr bei den vielfach persönlichkeitsgestörten Suchtkranken ist problematisch. Insofern ist bei einem festgestellten Bedarf rechtzeitig ein Antrag auf Verlängerung zur Finanzierung der ambulanten Betreuung zu stellen.

Ein Ziel der Arbeit der Ambulanzen ist es, die kritische Zeit des Übergangs in die Gesellschaft und das Einleben in freiere Lebensformen zu begleiten und die Überleitung in gemeindepsychiatrische Versorgungsstrukturen zu ermöglichen. Gegebenenfalls sind zum Ende der Ambulanzzeit weitere Schritte, z. B. die Inanspruchnahme eines gesetzlichen Betreuers, zu veranlassen.

Dennoch kann selbst die Möglichkeit einer fünfjährigen Begleitung bei den psychisch kranken Straftätern und Straftäterinnen in Einzelfällen nicht ausreichen.

Ähnlich wie zum Zeitpunkt der bedingten Entlassung kann auch die Beendigung der Führungsaufsicht nach im Regelfall fünf Jahren und der Unterstützung durch die Ambulanz bei einigen Patienten wieder zu einer krisenhaften Entwicklung führen. Darüber hinaus kann auch deutlich geworden sein, dass Patienten, auch ohne dass die Übergangsphase als besonders kritisch zu betrachten wäre, eine weitere Behandlung zur Vermeidung von Deliktrückfällen dringend benötigen. Diese Aspekte sind bei der Arbeit der forensischen Ambulanzen nicht aus dem Auge zu verlieren. Die zukünftigen Erfahrungen werden zeigen, ob es sinnvoll sein wird, für einige dieser Patienten die Betreuungszeit durch die Ambulanz auch über den Zeitraum von fünf Jahren zu verlängern und die damit verbundene Kostenübernahme zu erwirken. Die Möglichkeit einer Verlängerung der Führungsaufsicht sollte ebenfalls in diesem Zusammenhang geklärt werden.

13. Die Einführung qualitätssichernder Maßnahmen und eine wissenschaftliche Auswertung der Ambulanzarbeit sind unerlässlich

Im Sinne kontinuierlicher Verbesserungsprozesse und zur Überprüfung der Ergebnisqualität findet eine jährliche Überprüfung dieser Leitlinien statt. Für die Ambulanzarbeit ist ein geregelter Austausch mit Universitäten, Hochschulen und Fachinstituten zu implementieren.

Zur Sicherung der Qualität trägt auch eine regelmäßige Supervision und Fachberatung der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Ambulanz bei.

Wir haben die Absicht noch im laufenden Jahr ein Evaluationsprojekt über die Arbeit der Ambulanzen auf den Weg zu bringen.

Nachdem ich Ihnen die Leitlinien zur ambulanten forensischen Nachsorge vorgestellt habe komme ich gegen Ende meiner Ausführungen auf die wichtigsten strukturellen Rahmenbedingungen in der Nachsorgepraxis zu sprechen.

Um die Kontinuität in der Nachbetreuung sowie ein flächendeckendes Angebot für die bedingt entlassenen Patienten vorzuhalten, haben wir ein entsprechendes Netz von Ambulanzen aufgebaut.

Standorte für die Ambulanzen sind unsere drei Maßregelvollzugskliniken in Eickelborn, Haldem und Marsberg. Diese Kliniken kümmern sich vorrangig um die dort behandelten und von dort beurlaubten und entlassenen Patienten.

Darüber hinaus wird ein nicht unerheblicher Anteil von Maßregelvollzugspatienten in den Kliniken der Allgemeinpsychiatrie des Landschaftsverbandes behandelt. Um hier eine kontinuierliche Weiterbehandlung zu gewährleisten und gewachsene Beziehungen aufrecht zu erhalten, haben wir mit all diesen Kliniken Kooperationsvereinbarungen geschlossen.

Weiterhin sind wir mit der Fachklinik Im Deerth und den Krankenanstalten Gilead in Bielefeld überein gekommen, sich ebenfalls um die Nachbetreuung von dort behandelten Patienten zu kümmern.

Aktuell werden an den 15 Ambulanzstandorten insgesamt ca. 90 Patienten versorgt.

Weitere Patienten werden in den nächsten Jahren hinzukommen. Dies ist auch damit zu erklären, dass im Bereich der gem. § 63 StGB bedingt entlassenen Patienten nach einem erfolgreichen und regelhaften Verlauf erst nach fünf Jahren mit einer Beendigung der Nachsorge zu rechnen ist und jedes Jahr neue Patienten entlassen werden.

Abschließend bleibt festzuhalten, dass durch die Aktivitäten und nachgehenden Hilfsangebote der forensischen Ambulanzen eine wesentliche Qualitätsverbesserung der Versorgung zum Zeitpunkt der Entlassung gegeben ist.

Die Ambulanzen schließen die Versorgungslücke zwischen der stationären Behandlung und den komplementären Hilfsangeboten und sind bestes Beispiel für ein funktionierendes Modell der integrierten Versorgung. Stationär oft mühsam erarbeitete Behandlungserfolge können durch die Ambulanzarbeit nachhaltig gesichert werden. Wünschenswert wäre, wenn durch die Arbeit der Ambulanzen und die damit verbundene Unterstützungsleistung für komplementäre Einrichtungen diese sich auch noch mehr als bisher in der weiteren Behandlung und Betreuung von ehemaligen Maßregelvollzugspatienten engagieren würden.