

Ulrich Reitis-Münstermann & Michael Weinert:

**Ambulante Nachsorge für Psychisch kranke Patienten gem. § 63 StGB im
WZFP Lippstadt**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich möchte stellvertretend für die in der Nachsorge tätigen Kolleginnen und Kollegen von den gesetzlichen und strukturellen Rahmenbedingungen, den bisherigen Praxiserfahrungen und den Notwendigkeiten in der Zusammenarbeit berichten.

Da vielleicht nicht allen die spezifische Situation des WZFP mit entsprechenden Konsequenzen für die Nachsorgeorganisation geläufig ist, zunächst dazu einige Vorbemerkungen.

Das WZFP Lippstadt gliedert sich seit der Gründung am 01.04.84 aktuell in vier eigenständige Abteilungen (Abteilung I: Diagnostik und Eingangsbehandlung, Abteilung II: Klinische Psychiatrie, Abteilung III: Psycho- und Soziotherapie und Abteilung IV: Heilpädagogische Behandlung), die einer dualen Leitung mit Letztverantwortung des jeweiligen Chefarztes /der jeweiligen Chefärztin unterstehen. Derzeit werden 371 PatientenInnen incl. 17 Beurlaubte behandelt. Zusätzlich werden 25 PatientInnen im Rahmen der forensischen Nachsorge gemäß § 1 Abs. 3 MRVG-NRW betreut.

Als zentrale Maßregelvollzugsklinik ist das WZFP Lippstadt für einen Einzugsbereich von rund 20.000 km² mit insgesamt 7,9 Millionen Einwohnern zuständig. Das Einzugsgebiet ist der Bezirk des OLG Hamm mit 10 Land- und 78 Amtsgerichtsbezirken, denen die Bewährungshilfestellen zugeordnet sind. Auf kommunalpolitischer Ebene umfasst das Gebiet rund 18 Kreise und 9 kreisfreie Städte. Es entspricht in etwa dem Bereich des LWL bzw. dem Landesteil Westfalen. Hieraus wird die Dimension der vielfältigen regionalen gemeindepsychiatrischen Verbundsysteme mit unterschiedlichen Organisationsformen deutlich. Das weiter aufzufächern erspare ich Ihnen an dieser Stelle.

Während die Maßregelvollzugskliniken im Rheinland und in anderen Bundesländern weitgehend dezentral organisiert sind, wird das WZFP Lippstadt auch nach dem Abschluss der in den nächsten Jahren erfolgenden Dezentralisierung mit Klinikneubauten in Dortmund, Münster, Amelsbüren und Herne weitgehend für das eben skizzierte Aufnahmegebiet zuständig bleiben.

Für uns ist die Integration der PatientInnen in der jeweiligen Herkunftsregion primäres Ziel. Von Spezialeinrichtungen für forensische PatientInnen wird zur Vermeidung einer fortgesetzten Doppelstigmatisierung von „krank und kriminell“ abgesehen. Stattdessen werden die PatientInnen in die regionalen psychosozialen Versorgungslandschaften integriert.

Aufgrund der Größe des Einzugsgebietes der Klinik, der Vielfalt und der jeweiligen Besonderheiten der vorzufindenden Versorgungslandschaften waren wir bisher, und sind dies auch in Zukunft, auf die Kooperation mit Ihnen, den Experten Ihres regionalen psychosozialen Verbundsystems angewiesen.

Insofern bedarf das teilweise vorhandene Bild, Maßregelvollzugskliniken hätten vor Beginn der jetzt auch finanziell geregelten Nachsorge „verbrannte Erde erzeugt“ einer Überprüfung. Tatsächlich kann sich dies eine Klinik überhaupt nicht erlauben und wurde auch keinesfalls vom WZFP Lippstadt betrieben.

Glücklicherweise haben wir mit Ihnen in den letzten 20 Jahren eine Fülle von verlässlichen und konstruktiven Arbeitsbündnissen entwickeln können. Hierfür möchten wir uns ausdrücklich bedanken, insbesondere für die engagierte, bereichernde und professionelle Zusammenarbeit und Weiterbetreuung der uns anvertrauten Menschen.

Nach Skizzierung des überregionalen Kontextes möchte ich nun zum Thema Nachsorge kommen.

Der gesetzliche Rahmen gibt vor, dass Therapie und Beratung gemäß § 1, Abs. 3 MRVG-NRW mit Zustimmung der PatientenInnen auch nach der Entlassung fortzusetzen sind. Um die Kontinuität der Behandlung der Betroffenen sicherzustellen, werden Angebote der Nachsorge bereitgestellt. Die Einrichtungen (MRV Kliniken) sind verpflichtet, Nachsorgemaßnahmen zu vermitteln.

Bereits im Rahmen des Projektes „Ambulante Nachsorge“ des WZFP Lippstadt von Dezember 1999 bis Dezember 2002 erfolgten die ersten Betreuungen von bedingt entlassenen PatientenInnen und Kooperationen mit dem jeweiligen psychosozialen Netzwerk im Rahmen der Nachsorge, insbesondere auch, um mit den im Rahmen des Projektes entwickelten Instrumenten des Runden Tisches und der Gesamthilfeplanung erste praktische Erfahrungen zu sammeln.

Diese Erfahrungen wurden in das „**Abteilungsübergreifende Rahmenkonzept zur Wiedereingliederung- und Nachsorgeplanung im WZFP Lippstadt**“ integriert und quasi festgeschrieben.

Die Erfahrungen sind auch in dem **Erlass des Landesbeauftragten für den Maßregelvollzug NRW vom 19.08.03** wiederzufinden, der nun von Seiten des Kostenträgers das Aufgabenspektrum in der forensischen Nachsorge beschreibt und die Finanzierung regelt.

Ebenso haben die Erfahrungen des WZFP in den von der Abteilung Maßregelvollzug des LWL entwickelten „**Leitlinien zur ambulanten Nachsorge suchtkranker und psychisch kranker StraftäterInnen der forensischen Kliniken des LWL**“ vom 12.05.04 ihren Niederschlag gefunden.

Zur Konkretisierung der o.g. Leitlinien erfolgte eine inhaltlich-konzeptionelle Beschreibung der Praxis der forensischen Nachsorge der Abteilungen des WZFP Lippstadt, worauf ich jetzt eingehen möchte:

Derzeit versorgt jede Abteilung ihr eigenes Klientel auch nach der (bedingten) Entlassung im Rahmen forensischer Nachsorge weiter. Die forensische Nachsorge wird vorwiegend von den Diplom-Sozialarbeiter-/pädagogInnen der drei Behandlungsabteilungen geleistet. Die Letztverantwortung trägt der jeweilige Chefarzt/Chefärztin der Abteilung.

Speziell in der Abteilung für die persönlichkeitsgestörten Patienten wird der Bedarf nach Behandlung und Betreuung im Großraum Ruhrgebiet durch zwei Kontaktstellen (Bochum u. Herne) mit zeitlicher Präsenz durch einen Diplom-Sozialarbeiter und für Therapie durch einen Diplom-Psychologen und abgedeckt. Die Erreichbarkeit der NachsorgemitarbeiterInnen ist in Krisenfällen nachts und am Wochenende durch den ärztlichen Bereitschaftsdienst des WZFP sichergestellt, der bei geringer Inanspruchnahme Handlungssicherheit bot.

Forensische Nachsorge findet auf der Grundlage der stationären Behandlung und der anschließenden Beurlaubung statt, worauf ich kontextbezogen nun eingehen möchte.

So arbeiten die SozialarbeiterInnen/ SozialpädagogInnen nach dem Bezugstherapeutenmodell. Sie übernehmen die Behandlung und Betreuung sehr frühzeitig z.T. schon mit der Aufnahme der PatientInnen in der Abteilung und begleiten diese während der stationären Behandlung, der Rehabilitation in der Langzeitbeurlaubung und im Nachsorgezeitraum. Bei individueller Indikation erfolgt z.T. die fortgesetzte ambulante Psychotherapie durch die zuletzt stationär zuständigen PsychotherapeutInnen und dem im Ruhrgebiet tätigen Psychologen. Darüber hinaus werden entsprechende Leistungen vor Ort akquiriert.

Die SozialarbeiterInnen arbeiten sektorbezogen und im Sinne eines integrativen Case-Managements. Übertragen auf die Nachsorge forensischer Patienten heißt dies, dass sich die SozialarbeiterInnen und SozialpädagogInnen auf die vorfindbaren lokalen, ökonomischen, politischen und kulturellen Bezüge in den Regionen ausrichten, um ein ressourcen-orientiertes Netzwerk für Patienten zu erschließen. Dies beinhaltet sowohl Vernetzungsleistungen im sozialen Empfangsraum als auch direkte persönliche Hilfe und Betreuung.

So umfasst die Aufgabenstellung u.a. :

die Regionale Netzwerkarbeit patientenübergreifend

- durch Informations- und Fortbildungsveranstaltungen
- durch Beteiligung an Arbeitskreisen und
- durch den Abschluss von Kooperationsvereinbarungen mit psychosozialen Diensten

die Einzelfallhilfe in Form

- der Erschließung und Koordination der erforderlichen Hilfen für die verschiedenen Lebensbereiche wie Wohnen, Arbeit, Freizeit und Kontakten
- der Akquisition indizierter medizinisch- /psychiatrischer, psycho- und sozialtherapeutischer Hilfen
- der Klärung und Lösung sozialrechtlicher und sozialversicherungsrechtlicher Fragestellungen
- der Kooperation mit gesetzlichen Betreuern und komplementären Diensten
- der Entwicklung und Unterstützung von Eigenressourcen der PatientInnen und
- des Informationstransfers forensischen Know-hows

Als Basis der späteren Nachsorge erfolgt eine gut vorbereitete, schrittweise Wiedereingliederung. Die Patienten werden im WZFP über einen mehrjährigen Prozess in allen Lockerungsstufen erprobt. Die in den Ausgängen gewonnenen Eindrücke und Erfahrungen der Patienten werden im psychotherapeutischen Prozess korrigierend aufgenommen. Der Übergang von der hochgesicherten, geschlossenen Unterbringung im WZFP in ein freieres Lebensumfeld erfolgt über einen kleinschrittigen Prozess durch Informations- und Abstimmungsgespräche, mit den kooperierenden Diensten, mit und ohne Patienten, wiederholten Probetagen und anschließenden mehrtägigen Probewohnheiten. Bei erfolgreichem Verlauf mündet dies in eine sich anschließende Langzeitbeurlaubung.

Die nunmehr ambulante Behandlung und Betreuung erfolgt in Form der regelmäßigen aufsuchenden Hilfe im jeweiligen Lebensumfeld des/der beurlaubten PatientInnen. Durch aufsuchende Kontakte, entsprechende Kontrollen und wiederkehrende legalprognostische Risikoeinschätzungen wird sichergestellt, dass deliktfördernde, personelle, situative bzw. soziale Veränderungen bei den PatientInnen frühzeitig erkannt werden. Hier bewährt sich die differenzierte Kenntnis der Problematik der PatientInnen durch die Kontinuität der Behandlung und des Bezugstherapeutenmodells.

Da gemäß § 1, Abs. 3 MRVG-NRW Therapie und Beratung mit Zustimmung des Patienten / der Patientin auch nach der Entlassung im Einvernehmen mit ... fortzusetzen ist, erfolgt zum Ende der Langzeitbeurlaubung eine Information und Aufklärung der PatientInnen über die Ziele der Nachsorge. Fast alle PatientInnen erklärten sich mit Nachsorgemaßnahmen des WZFP einverstanden und entbunden die TeilnehmerInnen des Runden Tisches untereinander und gegenseitig von der Schweigepflicht. Seit Anfang 2004 verpflichtet die StVK des LG Paderborn die PatientInnen im Entlassungsbeschluss zur Annahme der Nachsorge.

Die jeweils beteiligten Personen oder Institutionen der gemeindepsychiatrischen Versorgung werden über die gesetzlichen Rahmenbedingungen, die im Projekt des WZFP entwickelten Instrumente und die Ziele der Nachsorge, u.a. auch durch die im Rahmen des Projektes des WZFP entwickelten Informationsbroschüren informiert.

Im Sinne einer größtmöglichen Transparenz werden die zuständigen Psychiatriekoordinatoren regelhaft über anstehende Beurlaubungs- und Entlassungsvorgänge in Kenntnis gesetzt.

Das WZFP informiert bei Indikation die Allgemeinpsychiatrischen Kliniken für den Fall kurzfristiger krankheitsbedingter stationärer Behandlungserfordernis und bei Bedarf an Drogen-/ Alkoholscreenings oder Laborkontrollen.

So erfolgt spätestens ab 01.01.04 bei allen bedingt entlassenen PatientInnen im Rahmen der letzten Behandlungsplanfortschreibung die Prüfung, ob zur fortgesetzten Sicherung des Therapieerfolges und Integration in die Systeme der gemeindepsychiatrischen Versorgung Nachsorgemaßnahmen des WZFP sinnvoll und erforderlich sind.

Unter Einbeziehung aller an der Behandlung und Betreuung beteiligten Personen findet noch während der Langzeitbeurlaubung der erste Runde Tisch zur Planung der erforderlichen Nachsorgemaßnahmen statt.

In diesem Rahmen werden im Sinne der Gesamthilfeplanung verbindliche Absprachen zur Gestaltung der Nachsorge und fortgesetzter Kooperation getroffen. Dies beinhaltet eine Bestandsaufnahme, Risikoeinschätzungen, sich daraus ergebende Betreuungsbedarfe, entsprechende Aufgabenverteilung und Absprache von Verantwortlichkeiten.

Auch nach der Entlassung erfolgt die Behandlung und Betreuung vom WZFP in Form der aufsuchenden Hilfe im jeweiligen Lebensumfeld des/der bedingt entlassenen PatientInnen. Denn gerade die Eindrücke in der direkten Lebenswelt der ehemaligen PatientInnen sind relevant für eine prozessorientierte legalprognostische Einschätzung und unabdingbar für eine adäquate, nachhaltige Sicherung des Therapieergebnisses. Eine Kommstruktur ist aufgrund der Größe des Versorgungsgebietes des WZFP Lippstadt nicht realisierbar und unabhängig davon auch nur in Einzelfällen, zusätzlich zur aufsuchenden Hilfeleistung, bei der Patientengruppe der Persönlichkeitsgestörten indiziert (siehe Bochum und Herne).

Die Initiierung weiterer Runder Tische erfolgt überwiegend durch die SozialarbeiterInnen/ SozialpädagogInnen der Abteilungen des WZFP Lippstadt. Alle an der Therapie und Beratung des entlassenen Patienten/der entlassenen Patientin beteiligten Personen und Institutionen werden einladen. Der Runde Tisch findet in der Einrichtung statt, in welcher der entlassene Patient / die Patientin wohnt bzw. beim betreuenden Dienst (wie etwa dem Betreuten Wohnen). Entsprechend der großen Zustimmung der Systeme der gemeindepsychiatrischen Versorgung zur angebotenen Nachsorge nehmen die beteiligten Personen regelmäßig am Runden Tisch teil. Das sind BezugsmitarbeiterInnen des Wohnheims, des Betreuten Wohnens, der/die behandelnde PsychiaterIn, ein(e) MitarbeiterIn der Allgemeinpsychiatrischen Ambulanz, der/die BewährungshelferIn, der/die SozialarbeiterIn der Führungsaufsichtsstelle, der gesetzliche Betreuer, der/die VertreterIn des berufsrehabilitativen Bereiches und in Ausnahmefällen auch andere Institutionen wie z.B. Krisendienst, SPD und Polizei.

Lediglich bei einigen wenigen Wohnheimen war eine gewisse Reserviertheit gegenüber den angebotenen Nachsorgemaßnahmen zu beobachten, die eine wiederholte Aufklärung über die Bedeutung und Ziele der Nachsorge und Motivation zur Nutzung der Nachsorgeinstrumente erforderlich machte. Dies war ebenso in Einzelfällen bei der Bewährungshilfe oder Führungsaufsicht zu vermerken. Teilweise war die Teilnahme für die niedergelassenen Psychiater problematisch, da die Beteiligung nicht abrechnungsfähig war.

Nach der Initiierung der Nachsorge achten die SA/SP darauf, dass die Koordinierung der Nachsorgemaßnahmen sichergestellt ist. Angestrebt wird, dass die Koordination durch die Einrichtung (den Dienst), die den Patienten / die Patientin am intensivsten und umfassendsten erlebt, erfolgt. Dies sind in der Regel die jeweilige Wohneinrichtung bzw. der Anbieter des Betreuten Wohnens. In einigen Fällen erfolgte im Sinne einer Initialphase die Koordination der Nachsorgemaßnahmen durch die SozialarbeiterInnen/SozialpädagogInnen des WZFP Lippstadt.

Während die juristische Fallverantwortung in der Beurlaubung beim WZFP liegt, geht sie zum Zeitpunkt der bedingten Entlassung im Rahmen des § 68 StGB an die Bewährungshilfe/ Führungsaufsicht über.

Die inhaltliche Verantwortung für die Gestaltung des Wiedereingliederungsprozesses, insbesondere auch die Wahrnehmung psychischer Veränderungen, die Einberufung Runder Tische und Maßnahmen in Krisensituationen liegt bei den vor Ort tätigen Diensten und Einrichtungen, die den PatientInnen im Alltag begleiten.

Runde Tische mit entsprechender Gesamthilfeplanung erfolgen überwiegend routinemäßig im Abstand von ca. 6 Monaten. Im Kontext der Gesamthilfeplanung wird regelmäßig geprüft, ob die PatientInnen durch die Systeme der gemeindepsychiatrischen Versorgung oder sonstiger Institutionen bereits ausreichend betreut werden können und eine Therapie und Beratung durch das WZFP nicht mehr oder zur Zeit nicht erforderlich ist.

Bei krisenbedingtem Bedarf erfolgten Runde Tische kurzfristig. Hier konnten auch bei geringfügigen Straftaten nach einer gemeinsamen Bewertung der Situation und durch Kriseninterventionen zum Teil drohende Bewährungswiderrufe verhindert werden. In einigen Fällen wurde ein expliziter Notfallkrisenplan im Rahmen des Runden Tisches entwickelt, der sich auch in Krisensituationen bewährte. Die Interventionen beinhalteten nach legalprognostischer Einschätzung neu strukturierende und korrigierende Maßnahmen. So wurden die Betreuungsichte erhöht, die vorübergehende Aufnahme gemäß Psych KG in der Allgemeinpsychiatrie veranlasst oder auch Bewährungsauflagen auf Anregung des WZFP erweitert.

In Einzelfällen erfolgten bei geringem Interesse der komplementären Einrichtungen am Nachsorgeangebot des WZFP Bewährungswiderrufe bei geringer Delinquenz. Trotz intensiver Nachsorge begingen in Ausnahmefällen aber auch entlassene PatientInnen erneut einschlägige Delikte.

Welche Sorgen bleiben nach dem Ende der Nachsorge?

Alle PatientInnen streben aufgrund des nachvollziehbaren Wunsches nach einer eigenständigen Lebensführung die weitere Verselbstständigung an.

In Nichtrealisierung der noch bestehenden Behinderung und des daraus resultierenden fortgesetzten Hilfebedarfes versuchen sie bereits während des Führungsaufsichtszeitraumes die Betreuungs- und Kontrollmaßnahmen auszudünnen oder aufzukündigen. Während in dieser Phase durch die Nachsorgeinstrumente noch risikobehaftete Entwicklungen korrigiert werden können, endet dies mit dem Ende der Führungsaufsichtszeit. So beabsichtigen einige PatientInnen die Aufkündigung aller Behandlungs- und Betreuungsleistungen zu diesem Zeitpunkt und führen die ursprüngliche prädeliktische Lebenssituation erneut herbei.