

Versorgungsstrukturen
für
Patientinnen und Patienten
gem. § 64 StGB

in Westfalen-Lippe

Stand: 01.08.2009

Gliederung:

	Seite
1. Einleitung	2
2. Rechtliche Grundlagen	3
3. Kernangebote der Behandlung	4
3.1 Sucht	5
3.1.1 Abstinenzorientierung	5
3.1.2 Psychoedukation	5
3.1.3 Umfassende Auseinandersetzung mit der eigenen Suchtgeschichte.....	5
3.1.4 Belastungserprobung und Prävention.....	6
3.2 Delinquenz	6
3.3 Komorbide psychische, organische und soziale Störungen	7
3.4 Rehabilitation.....	9
4. Unterbringungscoordination durch den Träger	10
5. Behandlungswege für Patienten mit den Diagnosen „Abhängigkeit von (illegalen) Drogen“ und „Alkoholabhängigkeit“	13
5.1 Aufnahme- und Diagnostikphase	13
5.2 Regelbehandlung	13
5.2.1 LWL-Therapiezentrum für Forensische Psychiatrie Marsberg	13
5.2.2 LWL-Maßregelvollzugsklinik Schloss Haldem	14
5.2.3 AWO-Kliniken Hagen: Fachklinik Im Deerth und Volmeklinik, FNA.....	14
5.2.4 LWL-Verbundkliniken	15
5.3 Rehabilitation, Entlassvorbereitung und Sicherungsnachsorge	17
5.4 Indikationen für Verlegungen in die Fachklinik Im Deerth bzw. die Allgemeinpsychiatrie	20
5.5 Verfahrensabläufe bei Verlegungen.....	21
5.5.1 Verlegungen zwischen LWL-Entziehungsanstalten.....	21
5.5.2 Verlegungen in die Fachklinik Im Deerth/Allgemeinpsychiatrie	21
5.6 Rückführung in die JVA.....	22
6. Versorgungsauftrag und Behandlungsangebote für suchtkranke Maßregelvollzugspatienten gem. 64 StGB in Westfalen-Lippe	23
6.1 Versorgungsauftrag der LWL-Entziehungsanstalten	24
6.1.1 LWL-Maßregelvollzugsklinik Schloss Haldem	24
6.1.2 LWL-Therapiezentrum für Forensische Psychiatrie Marsberg	24
6.2 Behandlungsangebote in den Kliniken des LWL-PsychiatrieVerbundes Westfalen.....	25
6.2.1 LWL-Klinik Münster	25
6.2.2 LWL-Klinik Warstein	25
6.2.3 LWL-Klinik Herten	25
6.2.4 LWL-Klinik Hemer	26
6.3 Behandlungsangebote in den Kliniken freier Träger.....	26
6.3.1 Fachklinik Im Deerth, Hagen.....	26
6.3.2 Ev. Krankenhaus Bielefeld, Gilead IV	26

1. Einleitung

Gem. § 64 StGB werden in den Entziehungsanstalten suchtkranke Straftäter¹ untergebracht, die im Zusammenhang mit ihrer Abhängigkeit eine Straftat begangen haben und die in der Gefahr stehen - durch ihren Hang bedingt - erhebliche Straftaten zu begehen. Die Unterbringung und Therapie der suchtkranken Straftäter erstreckt sich gem. 67 d Abs.1 StGB auf zwei Jahre. Die Behandlungsdauer kann sich jedoch unter Anrechnung einer parallel verhängten Haftstrafe verlängern.

Seit den 1980er Jahren ist regelmäßig ein Anstieg bei der Zuweisung suchtkranker Straftäter in den Maßregelvollzug festzustellen gewesen, seit Mitte der 1990er Jahre vor allem durch Zuweisungen von Patienten, die illegale Drogen konsumieren (zum Beispiel Opiate, Kokain, etc.). Bis zum Jahr 2002 erfolgte die Unterbringung von alkoholkranken Straftätern (§ 64 StGB) im Wesentlichen in der LWL-Maßregelvollzugsklinik Schloss Haldem (LWL-MRVK Schloss Haldem), drogenabhängige Straftäter wurden vorrangig im LWL-Therapiezentrum für Forensische Psychiatrie Marsberg (LWL-TZ Marsberg) und im LWL-Zentrum für Forensische Psychiatrie Lippstadt (LWL-ZFP Lippstadt) untergebracht. Im Rahmen der Verkleinerung der Lippstädter Einrichtung wurde die dortige Abteilung für suchtkranke Straftäter nach Marsberg und Haldem verlegt. Die Unterbringungskapazitäten in diesen beiden Einrichtungen wurden seither ausgebaut.

Seit dem Jahre 1995 besteht außerdem eine systematische Zusammenarbeit mit der Fachklinik Im Deerth, Hagen, die neben suchtkranken Patienten, die auf der Rechtsgrundlage des § 35 BtMG behandelt werden, auch drogenabhängige Straftäter auf der Rechtsgrundlage des § 64 StGB behandelt. Zudem werden vermehrt auch die Kliniken des LWL-Psychiatrieverbundes in Anspruch genommen. Wie bei der Unterbringung von psychisch kranken Straftätern (§ 63 StGB) zeigte sich in der Vergangenheit auch bei der Unterbringung von suchtkranken Straftätern die Notwendigkeit, die Auswahlkriterien zu präzisieren und Behandlungswege neu zu strukturieren. Um zu einer präziseren Zuweisung zu gelangen, werden seit November 2006 Neuzuweisungen in der Regel zunächst in einer der beiden genannten Entziehungsanstalten des LWL aufgenommen.

Mithin ist also festzustellen, dass seit Mitte der 1990er Jahre in der Versorgung von suchtkranken Straftätern (§ 64 StGB) eine Reihe von Veränderungen eingetreten sind, die eine strukturelle und konzeptionelle Weiterentwicklung erforderlich machen. Mit dem vorgelegten Konzept wird eine zusammenfassende Darstellung der rechtlichen Rahmenbedingungen, der Kernangebote sowie der vorgesehenen Behandlungswege einer forensischen Suchtbehandlung präsentiert. Darüber hinaus werden die Angebotsstrukturen der einzelnen Kliniken und die Verfahrensabläufe bei Verlegungen nunmehr verbindlich festgelegt. Zielsetzung der Konzeption ist, die Versorgungsstrukturen so zu gestalten, dass den Aspekten der Sicherheit, der Therapie, der Spezialisierung und Regionalisierung sowie der Wirtschaftlichkeit bei der Unterbringung und Behandlung suchtkranker Maßregelvollzugspatienten (gem. § 64 StGB) bestmöglich Rechnung getragen wird.

1 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit und der weit überwiegenden Anzahl männlicher Patienten in den Maßregelvollzugseinrichtungen wird hier und auf den nachfolgenden Seiten nur die männliche Form verwendet.

2. Rechtliche Grundlagen

Die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt gem. § 64 StGB ist eine freiheitsentziehende Maßregel der Besserung und Sicherung. Zweck der Maßregel ist die „Heilung“ einer Suchtmittelabhängigkeit in dem Sinne, dass der Patient in Abstinenz eingeübt oder zumindest für eine gewisse Zeit vor einem Rückfall in die akute Sucht bewahrt wird.

Zu den Anordnungsvoraussetzungen gehört ein Hang des Straftäters, alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen. Weiter ist eine rechtswidrige Tat erforderlich, die der Täter im Rausch begangen oder die auf seinen Hang zurückgeht. Nötig ist ferner, dass der Täter wegen der Anlasstat verurteilt oder nur deshalb nicht verurteilt wird, weil seine Schuldunfähigkeit erwiesen oder nicht auszuschließen ist. Ob der Täter die Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit begangen hat, ist anders als bei der Unterbringung gem. § 63 StGB unerheblich. Festgestellt werden muss die Gefahr, dass der Täter infolge seines Hanges erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird. Anordnung und Vollzug der Maßregel setzen schließlich die hinreichend konkrete Aussicht voraus, die süchtige Person zu heilen oder über eine erhebliche Zeitspanne vor einem Rückfall in den suchtbedingten Rauschmittelkonsum zu bewahren. Falls der Patient sich im Laufe des Vollzuges als therapieunwillig oder -unfähig erweist, beendet das Gericht die Unterbringung in der Entziehungsanstalt.

Die Maßregel ist beim Vorliegen der Voraussetzungen des § 64 StGB nicht zwingend anzuordnen; vielmehr ist die Regelung als Soll-Vorschrift gestaltet und räumt dem Gericht insoweit ein eng begrenztes Ermessen ein. Es soll damit einer Blockierung von Therapieplätzen durch Verurteilte mit ungünstiger Prognose entgegengewirkt werden. Die Zuziehung eines Sachverständigen in der Hauptverhandlung ist nur dann erforderlich, wenn das Gericht die Unterbringung erwägt. Anders als die Unterbringung gemäß § 63 StGB ist die Unterbringung gemäß § 64 StGB durch den Gesichtspunkt der Zweckerreichung und nach der gesetzlichen Regelfrist des § 67 d Abs. 1 S. 1 StGB auf höchstens zwei Jahre begrenzt. Bei Vollzug vor einer zugleich verhängten Freiheitsstrafe verlängert sich die Höchstfrist jedoch um die Dauer von zwei Dritteln der verhängten Freiheitsstrafe.

Wird die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt neben einer Freiheitsstrafe angeordnet, wird die Maßregel grundsätzlich vor der Strafe vollzogen. Bei Anordnung der Unterbringung neben einer Freiheitsstrafe von über drei Jahren soll das Gericht jedoch bestimmen, dass ein Teil der Strafe vor der Maßregel zu vollziehen ist. Diese Neuregelung verfolgt das Ziel, bei Verhängung längerer Freiheitsstrafen, bei denen nach dem Vollzug der Maßregel eine Reststrafenaussetzung noch nicht möglich ist, eine Rückverlegung des Verurteilten vom Maßregelvollzug in den Vollzug der Freiheitsstrafe zu vermeiden, da diese in der Regel den Behandlungserfolg gefährdet.

Vollstreckungsbehörde ist die Staatsanwaltschaft bzw. das Amtsgericht. Diese/s überwacht die Einleitung, Durchführung und Beendigung des Maßregelvollzuges. Mindestens halbjährlich erfolgt die Prüfung der Notwendigkeit der weiteren Unterbringung durch eine Kammer des Landgerichts (Strafvollstreckungskammer).

Eine Entlassung aus dem Vollzug der Unterbringung kommt in drei Fällen in Betracht:

1. Voraussetzung für eine Entlassung aus der Unterbringung zur Bewährung ist die Erwartung, dass der Untergebrachte außerhalb des Maßregelvollzuges keine rechtswidrigen Taten mehr begehen wird (§ 67 d Abs. 2 StGB).

2. Andererseits erklärt das Gericht die Unterbringung gem. § 67 d Abs. 5 StGB für erledigt, wenn die Voraussetzungen nicht mehr vorliegen (Aussichtslosigkeit der Therapie). Eine eventuell verbleibende Reststrafe wird dann im Justizvollzug verbüßt.
3. Ist die Höchstfrist abgelaufen, ist die Maßregel erledigt (§ 67d Abs. 4 StGB) und der Patient ist zu entlassen, wenn kein Strafrecht mehr ansteht.

Mit der Aussetzung zur Bewährung gemäß § 67 d Abs. 2, mit der Erledigung gemäß § 67 d Abs. 5 und mit Ablauf der Höchstfrist gemäß § 67 d Abs. 4 tritt Führungsaufsicht ein. Die Führungsaufsicht dauert mindestens zwei und höchstens fünf Jahre.

3. Kernangebote der Behandlung

Das erste übergeordnete Ziel der Behandlung ist die Rückführung der vom untergebrachten Patienten ausgehenden Gefährlichkeit, die in der/den Unterbringungstat/en bzw. in den relevanten Vordelikten zum Ausdruck kam.

Die Anordnung der Unterbringung gemäß § 64 StGB setzt einen Zusammenhang zwischen dem „Hang“ zum Konsum von Suchtmitteln (in der Regel Suchtmittelabhängigkeit) und der Delinquenz voraus. Die Behandlung im Maßregelvollzug hat sich folglich auf die Behandlung der Suchtproblematik als (eine wesentliche) Ursache von Delinquenz zu konzentrieren.

Im § 137 Strafvollzugsgesetz ist aber darüber hinaus normiert, dass sich die Behandlung auch auf die der Delinquenz zugrundeliegenden Fehlhaltung erstrecken soll. Dies bezieht sich auf unterschiedliche Bereiche psychischer Fehlfunktionen wie zum Beispiel delinquenzfördernde Haltungen und Überzeugungen bei Störungen der frühen Entwicklung und Sozialisation (zum Beispiel Wiedergutmachungsüberzeugungen), neurotische Fehlentwicklungen, Persönlichkeitsstörungen (zum Beispiel dissoziale Persönlichkeiten mit Impulsivität, Gefühlskälte und Verantwortungslosigkeit), hirnorganische Beeinträchtigungen (zum Beispiel bei chronischem Alkoholismus mit „moralischer Deprivation“ und Steuerungsschwäche) und auch psychotische Erkrankungen (zum Beispiel Schizophrenie, wobei hier nicht selten Suchtmittel als Selbstbehandlungsversuch eingesetzt werden).

Die Behandlung im Maßregelvollzug gemäß § 64 StGB muss sich notwendigerweise auch mit diesen Delinquenz (und Sucht) begünstigenden psychischen und sozialen Störungen eingehend befassen.

Neben dem Ziel der Rückführung der Gefährlichkeit ist das zweite übergeordnete Behandlungsziel im Rahmen der Unterbringung gemäß § 64 StGB die soziale Wiedereingliederung der Untergebrachten (§ 1 MRVG NRW). Die Vorbereitung, Organisation und Begleitung der Rehabilitation der Untergebrachten ist folglich ein weiteres Kernelement der Behandlung.

Da die Unterbringung gem. § 64 StGB grundsätzlich auch gegen den Willen der Betroffenen angeordnet werden kann, bringt ein nicht unbedeutender Teil der Untergebrachten der Maßnahme erhebliche Skepsis, Widerstände bis hin zur offenen Ablehnung entgegen. Aufgabe der Entziehungsanstalt ist folglich, bei diesen Patienten die Therapiefreudigkeit nach und nach abzubauen und eine Bereitschaft zur Teilnahme am Therapieprogramm und an den damit einhergehenden persönlichen Veränderungen zu wecken (Motivationsförderung). Die Stärkung von Adherence („Therapietreue“, Einhaltung des vereinbarten Therapieplanes) ist gerade in der Anfangsphase ein Kernpunkt der therapeutischen Zielsetzungen, gewinnt aber auch im Verlauf der lange dauernden Unterbringungen bei einzelnen Patienten immer wieder große Bedeutung.

Dies vorausgesetzt, werden im Folgenden die einzelnen Aspekte der forensischen Suchttherapie differenziert dargestellt, wobei die Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Aspekten grundsätzlich immer mit bedacht werden sollten.

3.1 Sucht

Die forensische Suchttherapie stützt sich auf folgende 4 Grundelemente:

3.1.1 Abstinenzorientierung

Grundsätzlich wird eine konsequente Abstinenz angestrebt. Notwendige Entziehungsbehandlungen werden mit medikamentöser Unterstützung durchgeführt, die anschließende Behandlung wird aber mit konsequenter Suchtmittelabstinenz praktiziert. Auch eine Substitution zum Beispiel mit Polamidon wird daher in der Regel nicht praktiziert. Auf entsprechende Substitutionsstoffe eingestellte Patienten werden nach Aufnahme schrittweise entzogen.

Die Vergabe von Medikamenten mit Suchtpotential oder von Drogenersatzstoffen beinhaltet grundsätzlich die Gefahr der Suchtverlagerung bzw. der Weitergabe innerhalb der Patientengruppe mit Gefährdung an und für sich therapie- und abstinenzmotivierter anderer Patienten.

Suchtmittelfreiheit muss deshalb durch regelmäßige Kontrollen (Atemluft, Urin, Blutproben, gegebenenfalls auch Speichel und Haare) von jedem Patienten nachgewiesen werden.

3.1.2 Psychoedukation:

Im Rahmen der psychoedukativen Programme (zum Beispiel das psychoedukative Gruppenprogramm bei problematischem Partydrogen- oder Opiatkonsum (PEGPPOK) bei Drogenabhängigen, Rückfall-Präventions-Training (RPT) bei Alkoholabhängigen) wird den Patienten umfassendes medizinisches, psychologisches und soziales Wissen über die Suchterkrankung vermittelt. Dies beinhaltet Informationen über die pharmakologischen Wirkungen und Nebenwirkungen der Droge, über psychische und physische Abhängigkeit, über mögliche Folgeerkrankungen, über Entstehungsbedingungen, typische Gefährdungsszenarien und über Rückfallsvermeidungsstrategien.

Diese Programme werden in der Regel in der Gruppe über einen definierten Zeitraum durchgeführt, eine mindestens einmalige Wiederholung ist nach klinischen Erfahrungen vor bedingter Entlassung unbedingt zu empfehlen.

3.1.3 Umfassende Auseinandersetzung mit der eigenen Suchtgeschichte

Auf der Grundlage von Abstinenz und ausreichenden Informationen (siehe oben) entwickelt jeder Patient im Rahmen von Einzel- oder Gruppenpsychotherapien ein Verständnis für seine individuellen Entstehungsbedingungen seiner Abhängigkeit. Neben dieser Frage der relevanten Ursache werden auch typische Auslösesituationen für Suchtmittelkonsum und dadurch vermiedene Gefühlszustände bzw. erwünschte Verhaltensveränderungen identifiziert. Ein umfassendes Verständnis für die eigene Suchtgeschichte und das individuelle Suchtverhalten bietet die Voraussetzungen für:

3.1.4 Belastungserprobung und Prävention

Im Rahmen der bei entsprechenden Therapiefortschritten gewährten Lockerungen kann der Patient das entwickelte Verständnis für seine Suchtproblematik anhand von Alltagsbelastungen überprüfen und neue alternative Verhaltensmuster einüben und festigen. Ein wesentliches Element darin ist die Bereitschaft, Hilfe anzunehmen bzw. auch aktiv nachzusuchen. In der Regel erfolgt dies durch stabile Anbindung an das Suchthilfesystem am Entlassort (Selbsthilfegruppen, Suchtberatungsstellen), in Einzelfällen auch im Rahmen einer individuellen Psychotherapie.

Gerade in dieser Phase der zunehmenden Belastungserprobung im Rahmen der Rehabilitationsvorbereitung sind Suchtmittelrückfälle keine seltenen Ereignisse. Dadurch ist nicht grundsätzlich der Erfolg der Behandlung in Frage gestellt. Es kommt entscheidend darauf an, welchen Umgang der Patient in seiner Rückfälligkeit zeigt. Ein offenes Ansprechen des Rückfalls und die aktive Suche nach Unterstützung und Hilfen in Verbindung mit dem Bemühen, den Rückfall weitestgehend zu begrenzen, wären zum Beispiel Hinweise auf durchaus erfolgreiche Veränderungen.

Grundsätzlich muss aber jedes Rückfallgeschehen nochmals genauer in den Entstehungsbedingungen und Auslösesituationen analysiert werden (Rückfallbearbeitung). Zusammen mit den Behandlungsverantwortlichen muss die Frage geklärt werden, ob zum Beispiel durch Änderungen der Rehabilitationsbedingungen (ambulant Betreutes Wohnen; Übergangsheim; Adaptionseinrichtung etc.) ein höheres Maß an Rückfallprophylaxe zu erzielen ist.

3.2 Delinquenz

Die therapeutische Auseinandersetzung mit der Delinquenz eines Untergebrachten fußt grundsätzlich auf einer idiographischen Gefährlichkeitsanalyse, also auf der Frage, welche individuellen Merkmale bei einem Patienten kriminelles Verhalten bedingen bzw. zumindest wahrscheinlich machen. Die alleinige Klassifikation als Beschaffungskriminalität – zum Beispiel bei Drogenabhängigen – hilft hier nur bedingt weiter. Warum begeht jemand im drohenden Heroineinsatz einen bewaffneten Raubüberfall und ein anderer eine Serie von Kaufhausdiebstählen? Patient und therapeutisches Personal haben sich also in diesem Zusammenhang mit zumindest zwei essentiellen Fragen zu beschäftigen: Welche inneren Voraussetzungen (und äußeren Umstände) bringen jemanden dazu, rechtliche Grenzen zu überschreiten und warum wählt der Betroffene gerade diese Form von Rechtsbruch?

In diesem Kontext ist einer Fülle von Fragen und Erklärungsmodellen nachzugehen, die hier nur kurz angedeutet werden können. Erfolgen Taten regelmäßig impulsiv? Ist die Impulsivität eher ein Persönlichkeitsmerkmal oder eher Ausdruck der Wirkung eines Suchtmittels? Ist angewandte Gewalt eher Ausdruck einer Verkennung der Situation bzw. der Intention des Gegenübers (zum Beispiel bei mentalisierungsgestörten Patienten)? Oder wird sie instrumentell besonnen eingesetzt (bei psychopathischen Strukturen)? Negiert der chronische Kaufhausdieb die Unversehrtheit des Eigentums, weil er bestimmte innere Werte und Normen nicht stabil verankert hat? Oder handelt er aus einem chronischen Gefühl des Zu-kurz-gekommen-Seins und des Anspruchs auf Wiedergutmachung? Hat der Täter in einem Tankstellenüberfall eine (empathische) Vorstellung von der Angst und dem Schrecken des Opfers? Oder finden sich im anderen Fall Hinweise, dass es der Vergewaltiger gerade auf die Verletzung der realistisch wahrgenommenen Gefühle des Opfers abgesehen hat? Diese Beispiele sollen nur illustrieren, mit welchen Fragen sich Patient und Therapeut/Therapeutin bei der Bearbeitung von Delinquenz und Kriminalität auseinander zu setzen haben. Die Erhellung des idiographischen Täterprofils ist

aber die Grundvoraussetzung, um gezielt die kriminalitätsfördernden und kriminalitätsbegünstigenden Momente in der Therapie bearbeiten zu können.

3.3 Komorbide psychische, organische und soziale Störungen

Die im Rahmen der eingehenden Diagnostikphase (siehe 5.1.) und bei der Sucht- und Delinquenzbearbeitung gewonnenen Erkenntnisse liefern die Grundlage für die Feststellung von komorbiden psychischen und sozialen Störungen. In aller Regel zeigen diese Störungen einen langdauernden Entwicklungsverlauf, häufig schon mit Beginn in der Kindheit.

Im Bereich der komorbiden psychischen Störungen spielen Persönlichkeitsstörungen bei Suchtkranken eine besondere Rolle. Nach einer bundesweiten Erhebung in den Entziehungsanstalten liegt der Anteil bei über 50 % der Patienten, in manchen Kliniken (zum Beispiel LWL-Therapiezentrum Marsberg bei über 80 %). Die häufigsten Störungsbilder sind dissoziale/antisoziale Persönlichkeitsstörungen, Borderline-Persönlichkeitsstörungen, narzisstische und paranoide Störungen.

In den letzten 2 Jahrzehnten wurden für diese Störungsbilder spezifische Behandlungsprogramme entwickelt, die nach und nach Einzug in den Maßregelvollzug halten (z.B. Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT), übertragungsfokussierte Therapie (transference focused psychotherapy - TFP), Schema-Therapie, mentalisierungsbasierte Therapie (MBT)). So kommt zum Beispiel in der LWL-MRVK Schloss Haldem eine modifizierte Form der DBT zur Anwendung, im LWL-TZ Marsberg ist die TFP implementiert, der mentalisierungsfördernde Ansatz nach Bateman und Fonagy steht vor der Einführung.

All diesen Programmen ist gemeinsam, dass sie sehr strukturiert aufgebaut und organisiert sind, dass klare Vereinbarungen („Verträge“) zum Behandlungsziel zwischen Patient und Therapeut/Therapeutin geschlossen werden und dass die Therapietechniken in manualisierter Form beschrieben vorliegen. Wirksamkeitsnachweise liegen für all diese Therapieformen vor, im forensischen Kontext ist aufgrund der geringen Fallzahlen der eindeutige Nachweis aber noch nicht geführt.

Bei Patienten mit komorbiden psychotischen oder gravierenden hirnorganischen Störungen erfolgt die Behandlung primär nach den Standards (Leitlinien) der zugrundeliegenden psychischen Erkrankung, Sucht- und Delinquenzbearbeitung orientieren sich dann an den Möglichkeiten des Patienten, seiner Belastbarkeit und seinen Veränderungsressourcen.

Besondere Bedeutung unter den komorbiden Störungen kommt dem Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) zu. In den letzten Jahren ist das Wissen um die Häufigkeit des Vorkommens und die besonderen Erscheinungsformen des ADHS im Erwachsenenalter rapide angewachsen. Nach heutigem Kenntnisstand stellt ein kindliches ADHS einen gravierenden Risikofaktor für Entwicklung von Suchtmittelabhängigkeit und auch Delinquenz im Erwachsenenalter dar. Die Behandlungsstrategien beim erwachsenen ADHS unterliegen einer fortlaufenden Weiterentwicklung (die Leitlinien werden aktuell neu formuliert). Psychoedukativen und übenden Verfahren sowie sozio- und milieutherapeutischen Maßnahmen kommt eine höhere Bedeutung zu als der medikamentösen Behandlung, die zudem bislang in der Bundesrepublik Deutschland keine offizielle Zulassung genießt.

Zu geringe Beachtung erfährt bislang im Kontext der komorbiden Störungen die posttraumatische Belastungsstörung mit den klinisch führenden Symptomen von Dissoziation, Depersonalisation, Derealisationen und Intrusionen. Es fehlt bislang an einer sicheren Datenbasis über die Häufigkeit dieses Krankheitsbildes, aber nach klinischem Eindruck ist sicher mehr als die Hälfte der forensischen Suchtpatienten in ihrer Kindheit massiv traumatisiert worden. Ein beträchtlicher Anteil davon zeigt Symptome posttraumatischer Belastungsstörungen. Übliche angewandte Verfahren sind unter der Rubrik Stabilisierungsverfahren zu fassen, in denen die Patienten lernen, sich von traumatisierenden Erinnerungen und überflutenden Affektzuständen zu distanzieren, um ihre psychische Stabilität einigermaßen aufrechterhalten zu können. Nach derzeitigem Stand der empirischen Traumatherapie ist aber für einen nachhaltigen Therapieerfolg eine Traumaexposition unerlässlich. Dies kann in Form des Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) erfolgen, klinische Erfolge werden aber auch von verhaltenstherapeutischen (Expositionstraining) und psychodynamischen Individualverfahren berichtet. Die Integration in das allgemeine Therapieprogramm im Rahmen der forensischen Suchtbehandlung ist allerdings noch nicht abschließend geklärt.

Relevante soziale Störungen im Rahmen von Komorbidität betreffen in erster Linie unzureichende Sozialtechniken im Hinblick auf Gemeinschaftserleben, Umgang mit sozial anspruchsvollen Situationen (zum Beispiel Umgang mit Konflikten, insbesondere Autoritätskonflikten) und der Gesundheits- und Selbstfürsorge (Ernährung, Entspannung, aktive Freizeitgestaltung). Hier liegt die Domäne der Sozio- und Milieuthherapie, die im Rahmen der therapeutischen Gemeinschaft in den Wohngruppen bzw. Stationen alltäglich implizit und explizit praktiziert wird. Gerade die Arbeit im Bezugspflegesystem bietet zudem die Möglichkeit längerfristiger Beziehungserfahrungen und damit des Einübens prosozialer und beziehungsfördernder Verhaltensstandards.

Ein Großteil gerade der drogenabhängigen Patienten ist zudem sozial belastet durch zum Teil sehr hohe Schulden. Schuldnerberatung und aktive Schuldenregulierung bis hin zur Privatinsolvenz sind feste Bestandteile der therapeutischen Arbeit im Sozialdienst.

In somatischer Hinsicht ist ein besonderes Problem die hohe Inzidenz an Hepatitis-C-Infektionen bei Drogenabhängigen (mehr als 2/3). Hier steht eine wirksame antivirale Therapie zur Verfügung, deren Anwendung allerdings besondere medizinische Sachkenntnisse erfordert und sehr hohe Kosten verursacht.

Der schulischen und beruflichen Förderung kommt in der forensischen Suchttherapie ein hoher Stellenwert zu. Viele - gerade junge - Patienten verfügen weder über einen Schul- noch Berufsabschluss. Patienten mit Migrationshintergrund sind häufig zusätzlich durch Sprachprobleme gehandicapt.

Sowohl in der LWL-MRVK Schloss Haldem als auch im LWL-TZ Marsberg erhalten entsprechende Patienten regelhaft die Möglichkeit der klinikinternen Beschulung bis hin zu Haupt- und Realabschluss. In den klinikinternen Werkstätten werden arbeitsbezogene Basisqualifikationen bis hin zu speziellen Anwendungskennnissen vermittelt. Die LWL-MRVK Schloss Haldem fördert z.B. Ausbildungsgänge zum Erwerb des Gabelstaplerscheins, in Marsberg werden von der IHK zertifizierte Ausbildungsmodulare im Holz- und Metallbereich angeboten. Letztere sind in der LWL-MRVK Schloss Haldem in fortgeschrittener Planung und erleichtern es den Patienten, nach Entlassung eine versicherungspflichtige Beschäftigung aufzunehmen.

3.4 Rehabilitation:

Die angemessene Bearbeitung von Suchtmittelabhängigkeit, Delinquenz und komorbiden psychischen und sozialen, ggf. auch somatischen Störungen bietet die Voraussetzung, um in den Prozess der Rehabilitationsvorbereitung und -organisation einzusteigen. Folgende Aspekte sind in thematischer Hierarchisierung dabei zu berücksichtigen:

- soziale Beziehungen
- psychosoziale Unterstützungsmaßnahmen
- Wohnen
- Arbeit
- Freizeit.

Alle Maßnahmen werden langfristig und kleinschrittig vorbereitet und von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern begleitet, die mit besonderen Situationen des Patienten vertraut sind. Besondere Bedeutung für die Wiedereingliederung hat naturgemäß das soziale Beziehungsnetz. Hier erfolgen die Reha-vorbereitenden Schritte durch begleitete Familienheimfahrten, unbegleitete Beurlaubungen und begleitende Angehörigen-Gespräche.

Viele forensische Suchtpatienten sind allerdings sozial isoliert bzw. können aufgrund der Nähe zum Suchtmittelkonsum und Delinquenz förderndem Milieu nicht an ihren alten Wohnort zurückkehren. Hier gewinnt der Aufbau eines professionellen Unterstützungs- und Beziehungsnetzes besondere Bedeutung. Die besondere Aufgabe der entlassenden Einrichtung liegt hier in der Koordination und Verknüpfung der unterschiedlichen Personen und Institutionen, die mit dem Patienten zu tun haben („Runder Tisch“).

Aufgrund der dezentralen Lage der beiden Entziehungsanstalten Marsberg und Haldem bestehen häufig sehr große Entfernungen zu den Rehabilitationsorten der Patienten. Hier bietet sich an, frühzeitig – d. h. schon im stationären Unterbringungsverlauf – durch Verlegung in eine in der Entlassregion gelegene Einrichtung oder spätestens im Stadium der Rehabilitationsorganisation durch Überleitung der Betreuung in die Verantwortung einer nahe gelegenen forensischen Fachambulanz die Anbindung vor Ort und Integration in das dortige Hilfesystem zu fördern. Eine möglichst frühe Verlegung unter den unter 5.4 genannten Voraussetzungen in den Kontext der Fachklinik Im Deerth hat neben dem förderlichen Beziehungsaufbau zudem zur Folge, dass schon frühzeitig das ganze Hilfesystem der Fachklinik mit Berufsvorbereitung, Adaption und Forensischer Nachsorge in die Planung einbezogen werden kann. Die Fachklinik Im Deerth hat sich mit der Inbetriebnahme der Volmeklinik Hagen als Adaptionseinrichtung dieser Aufgabe gestellt. Praktikumsstellen in nahezu 30 Betrieben und sozialen Einrichtungen erleichtern den Patienten durch Präsentationsmöglichkeiten ihrer Arbeitskraft die Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung. Zudem können in klinikeigener Weiterbildung Internet- und Softwarekompetenzen erworben werden, die die Chancen auf dem Arbeitsmarkt erweitern.

Die Randlage zum Ruhrgebiet bildet besonders im Hinblick auf die spätere Rehabilitationsorganisation gute Chancen das weitverzweigte Hilfesystem zu nutzen.

Notwendigerweise geht diese Überleitung mit einem Wechsel der betreuenden Personen einher, was für manche Patienten gelegentlich ein unüberwindbares Hindernis darstellt. In diesen wenigen Fällen, in denen die personelle Konstanz über längere Zeit die Voraussetzung für eine erfolgreiche Rehabilitation und Delinquenz- wie auch Suchtmittelfreiheit darstellt, führen sowohl die LWL-MRVK Schloss Haldem als das LWL-TZ Marsberg die Betreuung in der Reha-Phase

und auch nach der bedingten Entlassung im Rahmen der Forensischen Nachsorge-Ambulanz in Beziehungskonstanz weiter durch.

4. Unterbringungskoordination durch den Träger

Die Vollstreckungsbehörde übersendet das Aufnahmeersuchen an den nach dem Organisationsplan zuständigen Landschaftsverband. Dem Aufnahmeersuchen sind Abschriften der Entscheidung des Gerichtes mit Gründen, der Vollstreckbarkeitsbescheinigung und des ärztlichen Gutachtens beizufügen. Nach Eingang des Aufnahmeersuchens der Strafvollstreckungsbehörde beim LWL wird in der Regel die Aufnahme von Patienten gem. § 64 StGB innerhalb eines Zeitraumes von vier Wochen sichergestellt. Erstaufnahmen gemäß § 64 StGB erfolgen aus Sicherheitsgründen grundsätzlich in der LWL-MRVK Schloss Haldem bzw. dem LWL-TZ Marsberg. Ausnahmen kann es nach wie vor in begründeten Einzelfällen geben (z.B. bei speziellen Indikationen und für Suchtpatientinnen).

Die Entscheidung, in welcher LWL-Entziehungsanstalt ein Patient untergebracht wird, fällt die LWL-Maßregelvollzugsabteilung Westfalen. Sie orientiert sich dabei an den im Laufe der letzten Jahre in Abstimmung mit dem Träger jeweils herausgebildeten Behandlungsschwerpunkten der einzelnen Kliniken. Die Nähe zur Herkunftsregion spielt nach übereinstimmender Fachmeinung bei den meisten der suchtkranken Straftäter (§ 64 StGB) eine eher untergeordnete Rolle, da eine Wiedereingliederung in die Heimatregion nicht selten kontraindiziert ist, wird aber bei vorhandenen festen (familiären) Bindungen berücksichtigt.

In der **LWL-MRVK Schloss Haldem** werden durch den Träger Maßregelvollzugspatienten gem. § 64 StGB untergebracht, bei denen im Rahmen der Begutachtung im Strafverfahren eine Alkoholabhängigkeit als Hauptstörung diagnostiziert wurde. Darüber hinaus werden auch drogenabhängige Straftäter (§ 64 StGB) zugewiesen, wenn sie das 25. Lebensjahr vollendet haben und komorbid eine Psychose (ICD 10 F 2.x, F1x.5, F1x.7) diagnostiziert wurde bzw. hirnorganische Veränderungen oder eine Strukturschwäche gem. Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD) festzustellen sind. Drogenabhängige und polytoxikomane Patienten mit und ohne eine/r Persönlichkeitsstörung, die das 25. Lebensjahr bereits vollendet haben, werden ebenfalls in der LWL-MRVK Schloss Haldem gem. § 64 StGB untergebracht, sofern sie vom verhaltenstherapeutischen Konzept der Klinik profitieren können. Auch für Patienten, die wegen eines Sexualdeliktes verurteilt wurden, hält die LWL-MRVK Schloss Haldem ein Spezialangebot vor.

Im **LWL-TZ Marsberg** hingegen werden alle Patienten gem. § 64 StGB untergebracht, bei denen primär eine Drogenerkrankung (ICD 10, F 11 – F 19) diagnostiziert wurde und die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Es werden zudem suchtkranke Straftäter (§ 64 StGB) zugewiesen, die das 25. Lebensjahr vollendet haben und bei denen eine psychische und Verhaltensstörung durch (meist illegale) psychotrope Substanzen (mit Ausnahme von Alkohol) vorliegt. Eine Unterbringung erfolgt zudem für Patienten, die neben der Suchterkrankung eine Persönlichkeitsstörung aufweisen und voraussichtlich erfolgreich mit dem tiefenpsychologischen Konzept der Einrichtung behandelt werden können.

Der Versorgungsauftrag der beiden Entziehungsanstalten in Stewede-Haldem und Marsberg ist im Detail unter Ziffer 6.1.1 und 6.1.2. beschrieben.



Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

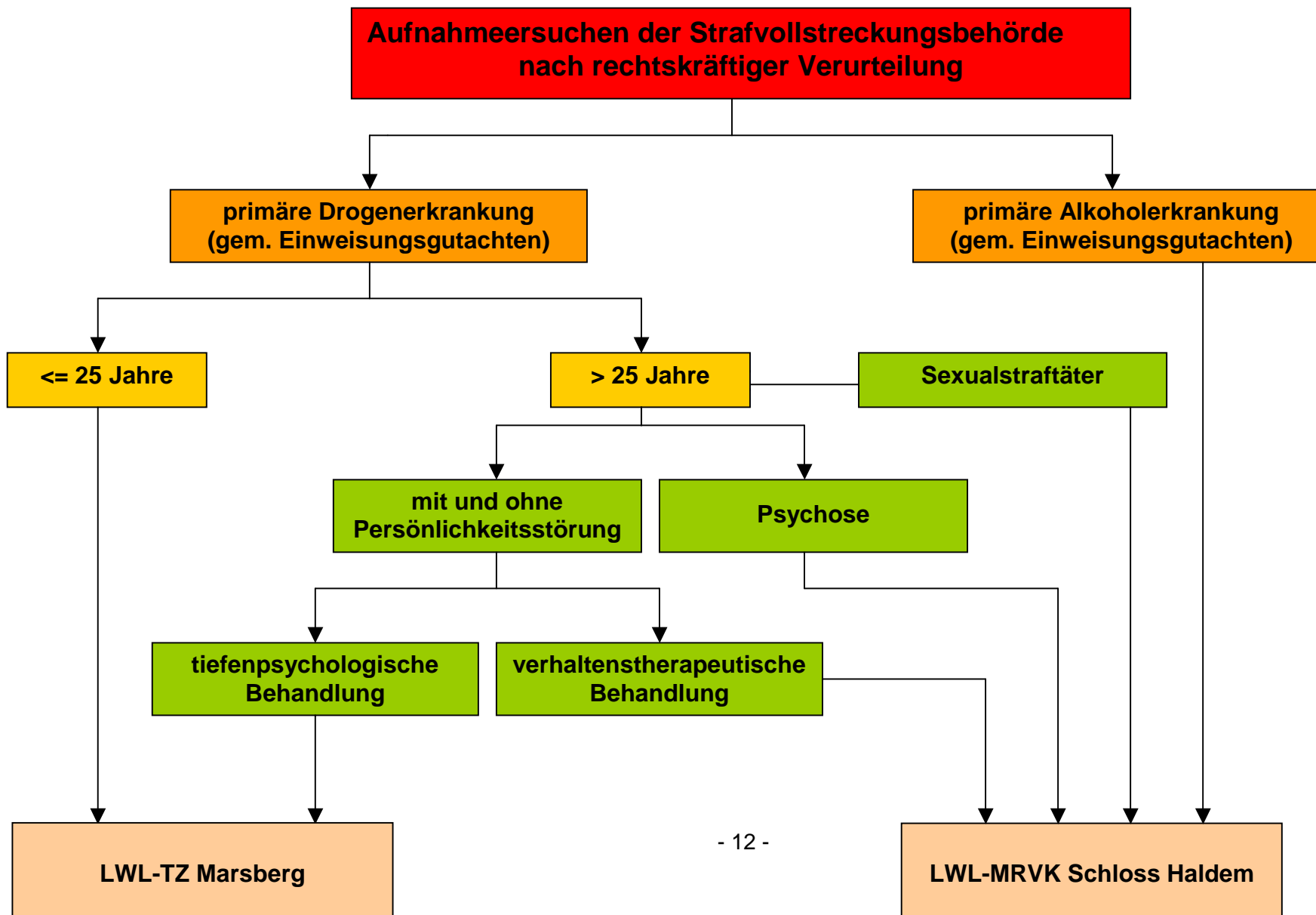
Die Unterbringung von Patientinnen erfolgt bei erhöhten Sicherheitsanforderungen in einer Entziehungsanstalt des Landschaftsverbandes Rheinland oder eines anderen Bundeslandes bzw. in vertretbaren Fällen in den allgemeinspsychiatrischen Kliniken. Bei einem anhaltenden Trend der verstärkten Zuweisung suchtkranker Patientinnen ist der Aufbau eigener Angebote innerhalb einer LWL-Entziehungsanstalt in Erwägung zu ziehen.

Unterbringungen gem. § 453 c StPO (Sicherungshaftbefehl bei erwartetem Bewährungswiderruf) oder § 67 h StGB (Krisenintervention, befristete Wiederinvollzugsetzung) können - sofern Gründe der Sicherheit dem nicht entgegenstehen - in der Einrichtung vollzogen werden, aus der der Patient zur Bewährung entlassen wurde. Sollte zuvor noch keine stationäre Unterbringung gemäß § 64 StGB erfolgt sein, erfolgt die Aufnahme in einer der beiden genannten LWL-Entziehungsanstalten.

**Zuordnung zur Unterbringungseinrichtung
durch die LWL-Maßregelvollzugsabteilung Westfalen**



Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.



5. Behandlungswege für Patienten mit den Diagnosen „Abhängigkeit von (illegalen) Drogen“ und „Alkoholabhängigkeit“

5.1 Aufnahme- und Diagnostikphase

Die Behandlung beginnt in der Regel in einem gesicherten Bereich der LWL-MRVK Schloss Haldem oder des LWL-TZ Marsberg. In der sechswöchigen Aufnahme- bzw. Diagnostikphase wird eine umfangreiche Diagnostik durchgeführt. Sie orientiert sich am landesweit vereinbarten Qualitätsstandard „Diagnostik im nordrhein-westfälischen Maßregelvollzug“. Es werden umfassende diagnostische Daten erhoben u.a. die Anamnese, bestimmte biographische und aktuelle Kontexte, die Vordelinquenz, die Feststellung komorbider psychiatrischer Störungen sowie der begleitenden somatischen Erkrankungen. Darüber hinaus umfasst die Diagnostik die Klärung des Zusammenhanges zwischen dem Störungsbild und der Anlassstrafat, die Erstellung einer internen und externen Gefährlichkeitsprognose einschließlich des sich daraus ableitenden Sicherungsbedarfes. Erhoben werden die individuellen Ressourcen, die Leistungs- und Hirnfunktionen, der schulische und berufliche Leistungsstand, Persönlichkeitsmerkmale bzw. -störungen sowie eine erste Einschätzung der Therapiemotivation und der hinreichend konkreten Aussicht auf einen Behandlungserfolg. Das Ziel ist ein erster differenzierter, indikationsgeleiteter und auf die individuelle Störung abgestimmter Behandlungsplan verbunden mit der Festlegung des weiteren Behandlungsweges. In begründeten Einzelfällen wird in dieser Zeit schon der Antrag auf Beendigung der Maßregel und Rückführung in die JVA gestellt.

5.2.1 Regelbehandlung

5.2.1 LWL-Therapiezentrum für Forensische Psychiatrie Marsberg

Neu zugewiesene Patienten werden ausnahmslos im gesicherten Bereich des LWL-Therapiezentrums aufgenommen und zwar grundsätzlich auf allen gesicherten Wohngruppen, d. h. es gibt keine ausgewiesene Aufnahmestation oder einen Aufnahmebereich. Die sofortige Integration in eine therapeutische Patientengruppe erleichtert den Einstieg in die Therapie und wirkt nachhaltig motivationsfördernd, stellt aber für die bereits in Behandlung eingebundenen Patienten durchaus eine Belastung dar.

Zu dem integrativen Ansatz gehört auch, dass die Patienten möglichst schnell – natürlich abhängig von ihrer individuellen Risikobeurteilung – in die Werkstattbereiche (Holz, Metall, Industrielle Fertigung) eingegliedert werden, wo sie eine jeweils sechswöchige Diagnostik- und Motivationaphase („Rotation“) durchlaufen.

Nach dann 4 ½ Monaten, d. h. zum zweiten Behandlungsplan (wegen der relativen Kürze der Unterbringung im § 64 werden Behandlungspläne in Abweichung von den gesetzlichen Vorgaben nicht halbjährlich, sondern vierteljährlich erstellt), liegt dann eine erste umfassende Beobachtung und Beurteilung über den Patienten vor. Zu diesem Zeitpunkt wird festgelegt, wo neben den oben genannten Kernthemen der Therapie die individuellen Schwerpunkte in der Behandlung des Patienten liegen (zum Beispiel schulische oder berufliche Förderung; sozio- und milieutherapeutischer Schwerpunkt; besondere Förderung im Kreativ- bzw. künstlerischen Bereich) und inwieweit dafür ein spezielles Setting in der Unterbringung angemessen erscheint.

Patienten mit kurzer Haftstrafe, mit einem deutlichen Zusammenhang zwischen Sucht und Delinquenz, einer günstigen Gefährlichkeits- und Behandlungsprognose und ohne gravierende Persönlichkeitsstörungen werden zum Beispiel in einer speziellen, dafür ausgerichteten Station mit zeitlich reduziertem kompaktem Therapieprogramm (Kompaktstation) behandelt oder – soweit Regionalisierungsgründe vorliegen – für die Verlegung in entsprechende Fachabteilungen der Allgemeinpsychiatrie vorgeschlagen (siehe Grafik 2, S. 19).

Patienten mit schweren dissozialen Persönlichkeitsstörungen, hoher Dominanz und Manipulationsneigung werden auf einer Intensivstation mit 6 Plätzen mit einem speziellen Übertragungsfokussierten Therapieprogramm behandelt.

Für Patienten mit erheblichen Mentalisierungsdefiziten (hier finden sich häufig impulsiv-eruptive Gewaltdelikte) wird ein spezielles Angebot in einer Wohngruppe vorbereitet.

In Einzelfällen kann bereits in der Anfangsphase der Regelbehandlung von Seiten der Behandelnden der Antrag auf Beendigung der Maßregel und Rückführung in die JVA gestellt werden, wenn sich trotz länger dauernder Bemühungen ein therapeutisches Arbeitsbündnis nicht etablieren lässt.

5.2.2 LWL-Maßregelvollzugsklinik Schloss Haldem

Die LWL-MRVK Schloss Haldem verfügt über eine zentrale, gesicherte Aufnahmestation. Während der ca. 6-wöchigen Aufnahmephase wird eine mehrschichtige Diagnostik durchgeführt, welche die medizinisch-somatische Ebene, die Psychodynamik, das manifeste Verhalten und die sozialen Bezüge erfasst. Auf der Grundlage dieser Diagnostik erfolgt eine Gefährlichkeitseinschätzung mit gängigen Prognoseinstrumenten. Beim Vorliegen zusätzlicher behandlungs- und prognoserelevanter psychischer Störungen z.B. in Form von Cluster-B-Persönlichkeitsstörungen, Psychoseerkrankungen, hirnganischen Defiziten wird differenziert überprüft, inwiefern diese Patienten von spezifischen, in der Klinik vorliegenden Behandlungskonzepten profitieren können.

Schwer persönlichkeitsgestörte, emotional-instabile Patienten mit hoher Dissozialität und Impulsivität werden weiterverlegt auf eine gesicherte Station mit einem speziell ausgerichteten Therapieprogramm für diese schwierig zu behandelnde Klientel (IBT-Programm) .

Auch Patienten mit einer zusätzlich vorliegenden Psychoseerkrankung werden auf einer gesicherten Station mit einem entsprechenden störungsspezifischen Konzept (v.a. Psychopharmakotherapie und Psychoedukation) behandelt.

Die Behandlung von Patienten mit einer sexuellen Devianz erfordert ebenfalls ein spezifisches therapeutisches Milieu und Behandlungskonzept, welches auf einer speziell dafür ausgerichteten Station angesiedelt ist.

Patienten mit einer geringen Haftstrafe und einer günstigen Prognose werden im Einzelfall nach der Aufnahmephase auch auf eine halboffene Therapiestation verlegt. Für diese Patienten existiert das primär verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Intensivkonzept für Kurzzeitstraftäter. Alternativ wird vergleichbar wie im LWL-Therapiezentrum für Forensische Psychiatrie Marsberg im Einzelfall geprüft, ob auch für diese Patienten eine Verlegung in die Fachklinik Im Deerth bzw. in eine allgemeinpsychiatrische Klinik in Frage kommt.

5.2.3 AWO-Kliniken Hagen: Fachklinik Im Deerth und Volmeklinik, FNA

Die Fachklinik Im Deerth und die Volmeklinik nehmen vorwiegend Patienten gem. § 64 StGB auf, die unmittelbar nach einer zeitlich begrenzten Diagnostikphase in einer der LWL-

Maßregelvollzugskliniken oder aber aufgrund besonderer Indikationen (s. 5.4) als geeignet für die dortige Behandlung verlegt werden können. U. U. ist unter Einbeziehung der LWL-Klinik Hemer eine direkte Unterbringung möglich, wenn es sich um Maßregelvollzugspatientinnen handelt oder die Risikoprognose mit einer entsprechenden Empfehlung im Unterbringungsurteil bzw. Unterbringungsgutachten übereinstimmt.

Es werden Patienten aufgenommen, bei denen primär eine Drogenerkrankung (ICD 10, F 11 - F 19) diagnostiziert wurde, die über 18 Jahre alt sind und die ohne größeres Sicherheitsrisiko verhaltenstherapeutisch in einer weitgehend offenen Umgebung behandelt werden können. Patienten, die nicht älter als 25 Jahre sind können ebenfalls aufgenommen werden, wenn primär eine Alkoholabhängigkeit im Kontext mit illegalen Suchtmitteln vorliegt. Für die adaptive Behandlung in der Volmeklinik gilt, dass dort Patienten mit Alkoholkrankungen auch ohne Altersbeschränkung aufgenommen werden.

Angewandte Verfahren der Verhaltens-/Schematherapie eignen sich gut für Patienten mit zusätzlicher Persönlichkeitsstörung, hier besonders auch für narzisstische Störungen. In beiden Einrichtungen werden nach den Qualitätskriterien „Gender und Sucht“ der Landeskoordination Integration NRW genderorientiert Frauen und Männer behandelt. Mittels Paartherapie und/oder Familientherapie werden in geeigneten Fällen Partner und Angehörige früh in die Behandlung einbezogen.

Zu den Standardangeboten gehören ebenfalls eine ausführliche Persönlichkeitsdiagnostik, Schematherapie, Hypnoseverfahren und Gefährlichkeitsdiagnostik.

Die Volmeklinik bietet mit ihrer Adaptionstherapie ein breites Spektrum von Angeboten. Die gezielte Überleitung in Praktika, Arbeitsverhältnissen oder Schulausbildung bildet den Schwerpunkt. Aufgenommen werden mittels Verlegung Maßregelvollzugspatienten aus allen forensischen Einrichtungen Nordrhein-Westfalens. Das therapeutische Angebot besteht aus Verhaltenstherapie und integrativen Therapieverfahren.

Der Volmeklinik angeschlossen ist die Forensische Nachsorgeambulanz, die für Patienten gem. § 64 StGB im gesamten östlichen Ruhrgebiet zuständig ist.

5.2.4 LWL-Verbundkliniken

In den **LWL-Verbundkliniken** Münster, Warstein, Herten und Hemer stehen den forensischen Suchtpatienten grundsätzlich sowohl die vorhandenen Angebote der jeweiligen Suchtbehandlungsbereiche als auch das gesamte Behandlungs- und Rehabilitationsangebot der einzelnen Kliniken zur Verfügung.

In der **LWL-Klinik Münster** werden die forensischen Suchtpatienten in das Setting zur Rehabilitation Alkoholabhängiger (Entwöhnungsbehandlung) integriert.

Von hier aus kann u. a. das gesamte breit gefächerte Arbeits- und Arbeitstrainingsangebot der Klinik genutzt werden. Es existieren Praktikumsplätze innerhalb und außerhalb der Klinik. In der Arbeitstherapie werden auch Rehabilitationsmaßnahmen des Arbeitsamtes oder des Rentenversicherungsträgers durchgeführt, in die die Patienten und -innen im Rahmen der Langzeitbeurlaubung bzw. nach der Entlassung übernommen werden können.

Im Bereich des Wohnens steht das gesamte Angebot des LWL-Wohnverbundes Münster zur Verfügung. Der LWL-Wohnverbund Münster hat zusätzlich spezielle betreute Wohnangebote für Suchtkranke sowie ein Freizeitangebot ("Trockendock") aufgebaut.

Darüberhinaus kooperiert die LWL-Klinik Münster eng mit den übrigen psychosozialen Hilfseinrichtungen in der Region. Hierüber können diverse Kontakt- und Freizeitangebote, psychosoziale Beratung etc. erschlossen werden.

In der **LWL-Klinik Warstein** können forensische Suchtpatienten je nach speziellem Krankheitsbild sowohl in suchtspezifische stationäre Entwöhnungsbehandlungen auch in die mehrere existierende Stationen zur Behandlung von Suchtkranken mit komorbiden psychischen Störungen (z. B. komorbide schizophrene Psychose, Persönlichkeitsstörung) integriert werden. Eine der beiden Stationen für persönlichkeitsgestörte Suchtkranke ist in besonders hohem Maß soziotherapeutisch ausgerichtet.

Im Bereich Arbeitstherapie besteht ein diversifiziertes Angebot mit Möglichkeiten der Diagnostik und des vorberuflichen Trainings. Zur weiteren sozialen und beruflichen Rehabilitation nach Abschluss der Akutbehandlung ist vor Ort eine Einrichtung der medizinischen Rehabilitation (Institut für Rehabilitation - Hermann Simon Institut) vorhanden. Das Institut ist auch für geeignete absprache- und abstinenzfähige Patienten gem. § 64 StGB zugänglich. Zur schulischen Förderung kann die Patientenschule der LWL-Klinik Warstein besucht werden.

Im Wohnbereich kooperiert die Klinik eng mit den beiden LWL-Wohnverbänden Lippstadt und Warstein. Beide Wohnverbände halten sowohl offene als auch fakultativ geschlossene Angebote vor und verfügen über eine hohe Erfahrung im Umgang mit komplex beeinträchtigten und betreuungsintensiven Bewohnerinnen und Bewohnern.

Die LWL Klinik Warstein ist eng vernetzt mit zahlreichen soziotherapeutischen Einrichtungen. Hiervon können besonders solche forensischen Suchtpatienten profitieren, die über die klinische Behandlung hinaus noch einer intensiveren soziotherapeutischen Nachbehandlung bedürfen oder längerfristig soziotherapeutisch angebunden werden sollen.

Die **LWL-Klinik Herten** verfügt über eine spezialisierte und geschützte Station vorzugsweise für forensisch-psychiatrische Patienten mit unterschiedlichen Diagnosen; auch für gem. § 64 StGB Untergebrachte. Wesentliche Behandlungselemente sind Psychoedukation, Stärkung der Impulskontrolle, die Förderung spezieller sozio- und milieuthérapeutischer Ziele und Angehörigenarbeit. Ein spezielles Behandlungsangebot existiert für jüngere Maßregelvollzugspatienten mit der Doppeldiagnose Sucht und Psychose.

Arbeitstherapeutische Angebote werden stationsintern und stationsextern vorgehalten. Bei entsprechender Lockerung können sowohl die offene Arbeitstherapiewerkstatt als auch verschiedene externe schulische und berufliche Angebote von den Patienten genutzt werden. Möglich sind hier u. a. eine Nachbeschulung über die Volkshochschule Herten zur Erreichung des Hauptschulabschlusses bzw. der mittleren Reife und die Unterstützung bei der Aufnahme einer Berufsausbildung.

Im Wohnbereich wird mit allen wohnortnahen Anbietern des stationären und betreuten Wohnens kooperiert. So kann u. a. eine transmurale Begleitung durch das Betreute Wohnen des Diakonischen Werkes Herten erfolgen.

Die **LWL-Klinik Hemer** führt Entgiftungsbehandlungen für Maßregelvollzugspatienten gem. § 64 StGB durch, die für eine Aufnahme in der Fachklinik Im Deerth vorgesehen sind (vgl. 6.2.4.) und die später die rehabilitativen Möglichkeiten der Fachklinik Im Deerth (s.o.) nutzen werden. Vor Ort in Hemer bestehen gleichwohl ebenfalls vielfältige rehabilitationsfördernde Angebote und Kooperationsbezüge; u. a. in den Bereichen Arbeitstherapie/Arbeitstraining und stationäres wie ambulant betreutes Wohnen. Der LWL-Wohnverbund Hemer betreibt ein offenes geführtes Wohnheim mit angeschlossenen ambulant betreuten Plätzen, das vorrangig ehemals suchtmittelabhängige Menschen aufnimmt.

5.3 Rehabilitation, Entlassvorbereitung und Sicherungsnachsorge

Bei positivem Therapieverlauf haben die Patienten Anspruch auf **Lockerungen**, üblicherweise im ersten Schritt in Form begleiteter, später auch unbegleiteter Ausgänge aus der Einrichtung. Parallel wird die gesicherte Unterbringung in eine offene Unterbringungsform mit geringeren baulichen und organisatorischen Sicherungsvorkehrungen überführt.

In dieser Therapiephase liegt ein besonderer Schwerpunkt auf möglichst wirklichkeitsnahen sozialen Lernfeldern und Erfahrungsräumen, zum Beispiel durch Arbeitserprobungen in privatwirtschaftlichen Firmen, Kontakte zu öffentlichen Institutionen und aktives Freizeitverhalten. Es geht dabei um die Umsetzung der in der Therapie entwickelten Abstinenzmotivation und veränderten Haltungen bzw. Einstellungen in konkretes soziales Handeln. Am Ende dieses Behandlungsabschnittes werden die konkreten Vorbereitungen für die außerklinische Rehabilitation (siehe oben) geplant und vorbereitet. Die Unterbringung erfolgt jetzt weitestgehend ohne Sicherungsmaßnahmen in offenen Wohngruppen oder Probewohnungen, wobei Arbeitserprobung, zunehmende Selbstversorgung sowie die Förderung sozialer Kontakte außerhalb der Klinik im Vordergrund stehen.

Bei entsprechenden Voraussetzungen (siehe Punkt 5.4) kann bereits während der letzten Phase der stationären Behandlung eine Weiterbehandlung in der Fachklinik Im Deerth / Allgemeinpsychiatrie indiziert sein.

Im Rahmen der **außerklinischen Rehabilitation** („Langzeiturlaub“) zieht der Großteil der Patienten in eine eigene Wohnung, überwiegend mit ambulanter Betreuung (ambulant Betreutes Wohnen). Nur in der Minderheit der Patienten erfolgt dabei die Rehabilitation in der ursprünglichen Herkunftsregion (siehe oben). Für Patienten mit geringerer Selbstständigkeit, höherem Betreuungs- und auch höherem Sicherheitsbedarf stehen sozialtherapeutische Einrichtungen (längerfristige Unterbringung) oder Übergangs- bzw. Adaptionseinrichtungen (zeitlich befristet bis zu 9 Monaten) zur Verfügung.

Wie oben dargestellt, wird zur Verringerung des Betreuungsaufwandes durch die in der Regel weit entfernt liegenden Entziehungsanstalten, aber auch zur besseren Integration des Patienten in das Vor-Ort-Betreuungsnetz bereits in dieser Phase die Überleitung des Patienten in die Zuständigkeit einer Forensischen Nachsorge-Ambulanz in der Entlass-Region angestrebt. Aufgrund der relativ zentralen Lage, und der relativ großen Kapazität und spezifischen fachlichen Ausrichtung spielt hier der Rehabilitationsbereich der Fachklinik Im Deerth eine besondere Rolle.

In dieser Phase der außerstationären Rehabilitation sind die Patienten mit einer Fülle an Anforderungen konfrontiert (Wohnungs- und Arbeitssuche; Kontakt zu Arbeits- und Sozialämtern; Integration in das psychosoziale Betreuungsnetz; ggf. Überleitung in neue Betreuungszuständigkeit; aktive Freizeitgestaltung etc.). In dieser Phase sind Suchtmittelrückfälle nicht auszuschließen. Der Umgang des Patienten mit seinem Rückfall ist ein wichtiges Indiz dafür, inwieweit er sich durch therapeutische Veränderungen von seinem früheren Verhaltensmuster lösen konnte und neue Zugänge zu sich und seinen Problemen verinnerlicht hat. Die Aufarbeitung eines Rückfalls und ggf. auch eine kurzfristige Entgiftung erfolgt in aller Regel unter klinischen, zum Teil gesicherten Unterbringungsbedingungen.

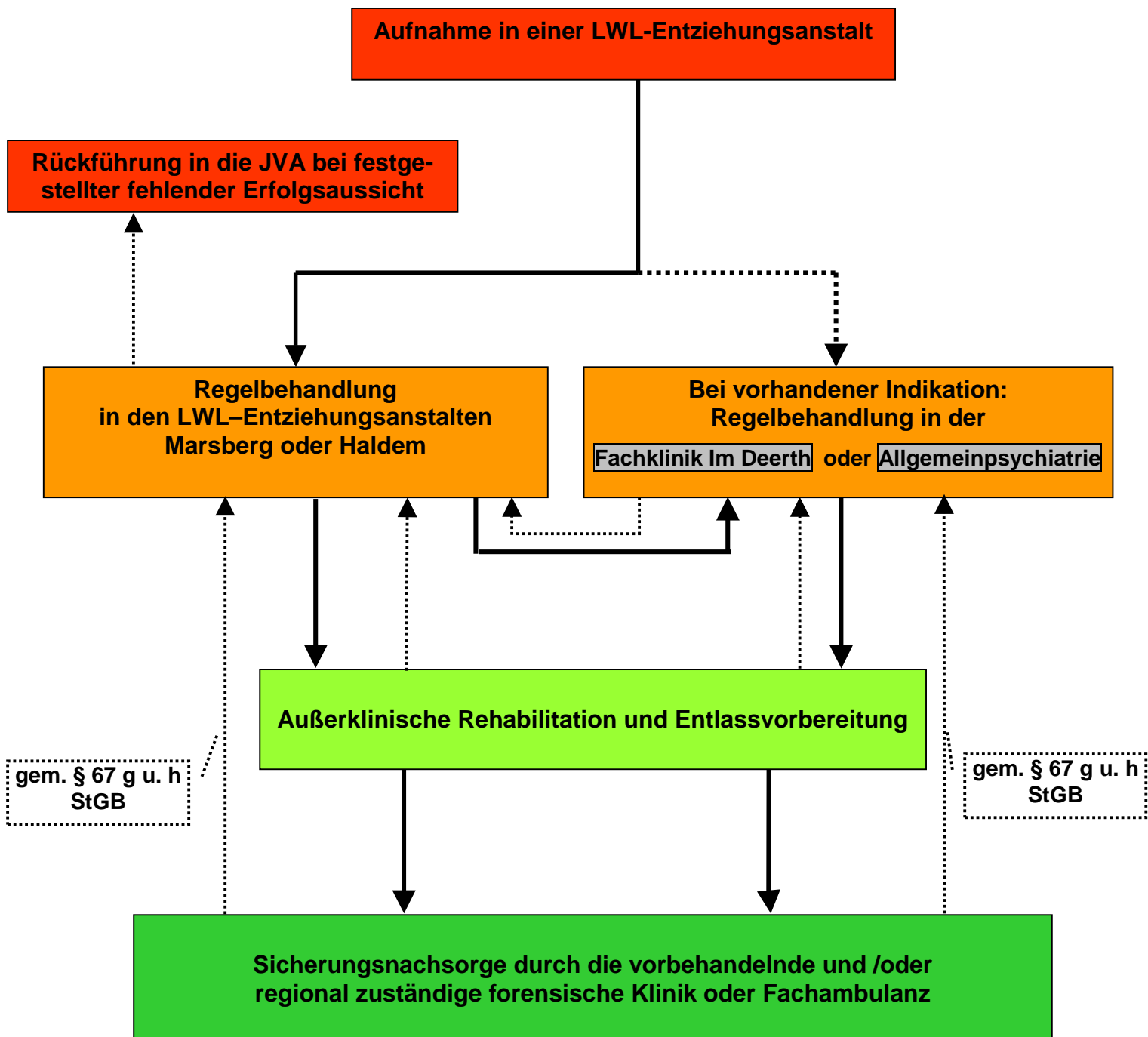
Bei einer nicht ganz kleinen Zahl von Patienten zeigt sich, dass sie nur unter den weitgehenden strukturierten Bedingungen der stationären bzw. klinischen Unterbringung zu einer Abstinenz in der Lage sind, bei zunehmendem Verlust dieser Halt gebenden Strukturen aber wieder in alte

Verhaltensweisen und in dem Zusammenhang in Suchtmittelkonsum zurückfallen. In diesen Fällen kann es unvermeidlich sein, auch noch in dieser späten Phase der Behandlung den Antrag auf Beendigung der Maßregel und Rückführung in die JVA zu stellen.

Bei positivem Rehabilitationsverlauf wird jedoch dem für die Vollstreckung zuständigen Gericht die **Entlassung aus der Maßregel** und die Aussetzung des verbliebenen Strafrestes zur Bewährung empfohlen. Bereits zum Zeitpunkt dieser Anregung wird Kontakt mit Führungsaufsicht und Bewährungshilfe hergestellt, um einen nahtlosen Übergang in die Betreuungsphase nach der bedingten Entlassung mit Führungsaufsicht und **Sicherungsnachsorge** zu gewährleisten. Die Forensische Sicherungsnachsorge ist an die Dauer der von Gesetz wegen eintretenden Führungsaufsicht geknüpft und stellt auch eine wirksame Unterstützungs- und Kontrollfunktion dar. Ein wesentlicher Vorteil der Forensischen Sicherungsnachsorge liegt darin, dass durch den engen personellen Kontakt Gefährdungsszenarien frühzeitig erkannt werden können. In diesen Fällen ist nach der jüngsten Gesetzesänderung gemäß § 67 h StGB eine Wiederaufnahme in die Entziehungsanstalt auch kurzfristig zur Krisenintervention möglich, ohne dass die Strafaussetzung zur Bewährung grundsätzlich widerrufen werden muss.

Der Zeitraum von Aufnahme bis zur bedingten Entlassung aus der Maßregel variiert je nach Patient, liegt aber im Mittelwert bei etwa 3 Jahren. Zusammen mit der Forensischen Sicherungsnachsorge, die sich auch auf einen entsprechend langen Zeitraum erstrecken kann, steht also ein umfassendes System von Betreuungs- und Kontrollmöglichkeiten zur Verfügung, um dem gesetzlichen Auftrag von Rückführung von Gefährlichkeit einerseits und Reintegration in die Gesellschaft andererseits gerecht zu werden.

**Behandlungswege für Patienten mit der Diagnose
„Abhängigkeit von (illegalen) Drogen“ und „Alkoholabhängigkeit“**



5.4 Indikationen für Verlegungen in die Fachklinik Im Deerth bzw. die Allgemeinpsychiatrie

Für die Entscheidung, welche Patienten in die Fachklinik Im Deerth bzw. eine LWL-Verbundklinik bzw. eine Allgemeinpsychiatrie in Freier Trägerschaft verlegt werden, sind bestimmte Voraussetzungen und Indikationen maßgeblich:

Eine Verlegung ist v.a. bei folgenden **Indikationen** in Betracht zu ziehen

1. **Spezialisierung:** Es besteht eine Übereinstimmung zwischen Störungsbild des Patienten und den Behandlungsschwerpunkten/dem Angebotsprofil der in Frage kommenden Klinik (siehe 3.4, 5.2.3, 5.2.4, 6.2 und 6.3).
2. **Regionalisierung:** Die Herkunftsregion bzw. die geplante Entlassregion und (künftige) Klinik liegen im selben Landgerichtsbezirk
3. **Familiäre Bindungen/Familienarbeit:** Durch die Verlegung wird eine bessere Erreichbarkeit für Angehörige bzw. Partner erreicht. Dies ist insbesondere dann anzunehmen, wenn auch die Familienarbeit/-therapie ein wichtiger Baustein in der Therapie ist.
4. **Vorbehandlungen:** Der Patient ist der (künftigen) Klinik bereits aus Vorbehandlungen bekannt. Es bestehen positive Anknüpfungsmöglichkeiten.

Neben den vorgenannten Indikationen müssen folgende **Voraussetzungen** für eine Verlegung vorliegen:

1. **Sicherungsbedarf:** Der individuelle Sicherheitsbedarf des Patienten stimmt mit den vorhanden Sicherungsmöglichkeiten der in Frage kommenden Klinik überein.
2. **Entweichungsrisiko und Risiko von Deliktrückfällen bei Entweichungen:** Es finden sich keine Hinweise auf besondere Entweichungsgefährdung in der Vorgeschichte bzw. keine Hinweise auf erhebliche Deliktrückfälle bei Entweichungen
3. **Interne Gefährlichkeit:** Das Gefährdungspotential für Mitpatienten/-innen und Beschäftigte im Hinblick auf die künftigen Unterbringungsbedingungen ist verantwortbar.
4. **Behandlungsvoraussetzung:** Es besteht eine erkennbare Motivations- und Veränderungsbereitschaft, Gruppenfähigkeit, basales Introspektionsvermögen und die Fähigkeit zur Bindung an Regeln und therapeutisches Personal
5. **Ausmaß der Störung:** keine massive Frühverwahrlosung, mindestens mittleres Strukturniveau, keine schwerwiegende psychische Begleitstörung

5.5 Verfahrensabläufe bei Verlegungen

5.5.1 Verlegungen zwischen LWL-Entziehungsanstalten

Verlegungen erfolgen nach Maßgabe des Versorgungskonzeptes im Einvernehmen zwischen den Kliniken. Vor einer geplanten Verlegung sind der zuständigen Klinikleitung die wichtigsten Unterlagen über den Patienten bereitzustellen (u. a. Einweisungsurteil, BZR, Einweisungsgutachten, letzte Stellungnahme der Klinik gem. § 67 e StGB, letzter Therapie- und Eingliederungsplan gem. § 16 MRVG, ggf. letztes Prognosegutachten gem. § 16 Abs. 3 MRVG NRW). Die LWL-Maßregelvollzugsabteilung Westfalen wird für den Fall eingeschaltet, dass ein Einvernehmen nicht herzustellen ist oder die Kliniken die Hilfestellung des Trägers bei einer geplanten Verlegung benötigen.

Der Träger behält sich vor, stichpunktartig die Einhaltung der in der Konzeption festgelegten Grundsätze zu überprüfen.

5.5.2 Verlegungen in die Fachklinik Im Deerth/Allgemeinpsychiatrie

Anhand der unter Punkt 5.4 aufgeführten Eignungsmerkmale beurteilen die LWL-Maßregelvollzugskliniken die potentielle Eignung des Maßregelvollzugspatienten für eine Behandlung in einer LWL-Klinik, der Fachklinik Im Deerth oder einer (Suchtfach-)Klinik in freier Trägerschaft. Auf der Grundlage der vorhandenen Informationen über die jeweiligen Behandlungsangebote wird sodann eine vorläufige Zuordnung zu/r möglicherweise geeigneten LWL-Verbundklinik/en bzw. anderen allgemeinpsychiatrischen Kliniken/ Fachklinik vorgenommen und entsprechend angefragt.

Bei positivem Ergebnis der Verlegungsanfrage übersendet die Maßregelvollzugsklinik der angefragten allgemeinpsychiatrischen Klinik oder der Fachklinik Im Deerth zeitnah und vollständig die Informationen (u.a. Einweisungsurteil, BZR, Einweisungsgutachten, ggf. letztes Prognosegutachten gem. § 16 Abs. 3 MRVG NRW, letzte Stellungnahme der Klinik gem. § 67 e StGB, letzter Therapie- und Eingliederungsplan gem. § 16 MRVG) zu dem vorgeschlagenen Maßregelvollzugspatienten. Die Maßregelvollzugsklinik benennt einen Ansprechpartner/eine Ansprechpartnerin für Rückfragen.

Liegen alle Unterlagen vor, nimmt die Prüfphase bis zur Entscheidung der angefragten allgemeinpsychiatrischen Klinik über die Aufnahme des Patienten maximal zwei Wochen in Anspruch. Eine Inaugenscheinnahme des Patienten wird empfohlen.

Verantwortlich für die Aufnahmeentscheidung ist die Ärztliche Direktorin/der Ärztliche Direktor der LWL-Verbundklinik bzw. die Leitung der in anderer Trägerschaft befindlichen Klinik. Diese/r kann die therapeutische Leitung (= Vollzugsleitung) der zur Behandlung des vorgeschlagenen Maßregelvollzugspatienten in Frage kommenden Abteilung einbinden. Die allgemeinpsychiatrische Klinik teilt der vorschlagenden Maßregelvollzugsklinik die getroffene Entscheidung unverzüglich mit.

Zwischen der LWL-Maßregelvollzugsklinik und allgemeinpsychiatrischen Klinik/ Fachklinik wird ein verbindlicher Verlegungstermin vereinbart. Der Transport wird in der Regel durch die abgebende Einrichtung organisiert.

Kommt es nach der Aufnahme des Maßregelvollzugspatienten in einer allgemeinpsychiatrischen Klinik dort nicht zur (stabilen) Integration und Weiterbehandlung, kann eine zeitnahe

Rückverlegung in die LWL-Maßregelvollzugseinrichtung erforderlich werden. Die Entscheidung über die Rückverlegung trifft die Ärztliche Direktorin/der Ärztliche Direktor der LWL-Verbundklinik bzw. die therapeutische Leitung der in freier Trägerschaft befindlichen Klinik. Bei erforderlichen Rückverlegungen aus Gründen der Krisenintervention bzw. einer erhöhten Sicherungsanforderung ist die Aufnahme in die Maßregelvollzugseinrichtung, die die Erstaufnahme durchgeführt hat, möglichst unverzüglich innerhalb eines Tages zu gewährleisten. Der bestehende Kooperationsvertrag der Fachklinik Im Deerth mit der LWL-Klinik Hemer hinsichtlich der Maßnahmen bei Kriseninterventionen bleibt hiervon unberührt.

5.6 Rückführung in die JVA

Das Gericht erklärt die Unterbringung gem. § 67 d Abs. 5 StGB in einer Entziehungsanstalt für erledigt, wenn die Voraussetzungen des § 64 Satz 2 StGB nicht mehr vorliegen. Der Anteil der Erledigungen der Maßregel gem. § 64 StGB liegt seit Jahren bundesweit bei rund 50 % (von der Haar, 2008)². Soweit bekannt, bestehen klinikspezifische Schwankungen in der Rate von ca. 25 % bis über 80 %.

Auch wenn man Unterschiede in den zugewiesenen Patienten insbesondere im Hinblick auf Behandlungs- und Legalprognose unterstellen darf, bleibt unübersehbar, dass einrichtungsbezogene Aspekte (bauliche und räumliche Voraussetzungen, personelle Besetzungen, Konzepte, Nachsorge, etc.) auf die Rate der Entscheidung gemäß § 67 d Abs. 5 gewichtigen Einfluss nehmen.

Diese Annahme liegt auch der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes vom 16. März 1994 (BverfGE 91, 1 - 70) mit zugrunde. Daraus leitet sich die Verpflichtung der Maßregelvollzugskliniken gemäß § 64 StGB ab, alle den Umständen nach möglichen Maßnahmen zu treffen, um die Rate an „Erledigungen“ durch Ausschaltung einrichtungsspezifischer Einflüsse so gering wie möglich zu halten.

In diesem Zusammenhang wird immer wieder von Fehleinweisungen in die Maßregel gem. § 64 StGB gesprochen und implizit unterstellt, diese Patienten erfüllten nicht die vom Gesetz geforderten Voraussetzungen zur Verhängung der Maßregel; entsprechend erkläre sich schon damit eine hohe Rate an „Erledigungen“. Pollähne & Kemper (2008)³ konnten allerdings in einer vom Land NRW in Auftrag gegebenen wissenschaftlichen Untersuchung zu „Fehleinweisungen in die Entziehungsanstalt (§ 64 StGB)“ keinerlei aussagekräftige patientenbezogene Prädiktoren finden, die geeignet gewesen wären, den Erfolg bzw. Misserfolg der verhängten Maßregel gemäß § 64 StGB vorherzusagen. In eine ähnliche Richtung geht auch ein Ergebnis der Untersuchung von von der Haar (ebd.), die belegt, dass die Einweisungen in die Maßregel gem. § 64 StGB, die ohne Hinzuziehung eines Sachverständigen erfolgt sind, deutlich rückläufig sind.

Es ist also davon auszugehen, dass im Prinzip jeder zugewiesene Patient potentiell die Maßregel erfolgreich beenden kann, vorausgesetzt, er entwickelt in der Unterbringung ein ausreichendes Maß an Veränderungsmotivation, Therapiecompliance und Normenorientierung. Auf

² Von der Haar, M. (2008). Stichtagserhebungen im Maßregelvollzugs nach § 64 StGB 2007. Bad Rehbun: Eigendruck.

³ Pollähne, H. & Kemper, A. (2008) Fehleinweisungen in die Entziehungsanstalt (§ 64 StGB): Ergebnisse einer empirischen Untersuchung zum nordrhein-westfälischen Maßregelvollzug – Entlassungsjahrgang 2005 -. Berlin: LIT Verlag.

diese patientenbezogenen Entwicklungsprozesse haben naturgemäß einrichtungsbezogene Faktoren, wie oben dargestellt, einen entscheidenden Einfluss.

Auf der anderen Seite wird man nicht erwarten können, dass nur ein verschwindend geringer Anteil der Patienten die Aufhebung der Maßregel gemäß § 67 d Abs. 5 erfährt. Vielfach wird die Maßregel gegen den erklärten Wunsch des Patienten verhängt, viele dieser Patienten bringen neben ihrer langjährigen Suchterkrankung auch gravierende komorbide Störungen (in erster Linie schwerwiegende Persönlichkeitsstörungen) mit, es bestehen erhebliche psychosoziale Beeinträchtigungen (fehlende Schul- und Berufsausbildung) und vielfache weitere komplizierende Faktoren (Schulden, Beziehungsprobleme, gesundheitliche Probleme, in erster Linie Hepatitis C).

Es muss Anspruch der forensischen Suchteinrichtungen sein, mit optimiertem personellen und konzeptionellen Aufwand Motivation und Behandlungscompliance bei den neu aufgenommenen Patienten zu fördern. Parallel dazu muss aber auch das Bemühen bestehen, Patienten, bei denen diese Ziele nachhaltig nicht erreichbar sind, möglichst frühzeitig zu identifizieren und eine Entscheidung gem. § 67 d Absatz 5 herbeizuführen. Die Untersuchung von Pollähne & Kemper (ebd.) hat gezeigt, dass die klinische und prognostische Einschätzung der Behandlungsverantwortlichen in den forensischen Suchtfachkliniken nach einer ausreichenden Beobachtungsphase die höchste Vorhersagekraft für ihr späteres Therapieergebnis aufweist.

Unbeschadet dessen wird es aber trotzdem noch Patienten geben, die noch zu einem späteren Zeitpunkt nicht mehr die Kriterien für eine ausreichend günstige Prognose erfüllen. In erster Linie sind dies Patienten, die unter gesicherten oder zumindest gut strukturierten Bedingungen Motivation entwickeln, Therapiecompliance zeigen und zur Abstinenz in der Lage sind, die aber bei einem hohen Maß an Eigenverantwortung und Selbstorganisation das Erlernte nicht in konkretes Handeln umsetzen können. Dies zeigt sich dann in wiederholten Rückfällen in Stadien von Belastungserprobungen und Langzeiturlaub.

Darüber hinaus gibt es immer wieder Patienten, die sich mit fortschreitender Dauer der Maßregel nicht mehr mit dem damit einhergehenden Maß von Fremdbestimmtheit und äußerer Kontrolle abfinden wollen. Nicht selten ist das der Fall, wenn z. B. der 2/3-Zeitpunkt der Unterbringung überschritten wird und diese Patienten sich noch längeren Zeiträumen der Fremdbestimmtheit gegenüber sehen. Angesichts der Unvereinbarkeit ihrer eigenen Vorstellung mit denen der Maßregelvollzugseinrichtung über die weiteren Behandlungs- und Rehabilitationsschritte entscheiden sich diese Patienten dann von sich aus nicht selten, eine Entscheidung gem. § 67 d Abs. 5 zu beantragen, um nach Rückführung in die JVA schneller in Freiheit zu kommen, als ihnen dies im regulären Maßregelverlauf möglich wäre.

Vom klinischen Eindruck ist bei diesen Patienten durchaus davon auszugehen, dass sie von der bisherigen Unterbringung profitiert haben.

6. Versorgungsauftrag und Behandlungsangebote für suchtkranke Maßregelvollzugspatienten gem. 64 StGB in Westfalen-Lippe

Für die Unterbringung von suchtkranken Rechtsbrechern gem. § 64 StGB für das Versorgungsgebiet des LWL, das im Wesentlichen dem Bezirk des Oberlandesgerichtes Hamm entspricht, stehen in der LWL-MRVK Schloss Haldem 152 Therapieplätze (nach Inbetriebnahme des Neubaus werden im Jahr 2010 voraussichtlich 179 Plätze zur Verfügung stehen) und im LWL-TZ Marsberg 111 Therapieplätze zur Verfügung.

Bis zu 36 drogenabhängige Patienten können im Rahmen des Maßregelvollzugs (suchtkranke Rechtsbrecher gem. § 64 StGB) in der Fachklinik Im Deerth und der Volmeklinik behandelt werden. Darüber hinaus kann die weitere Rehabilitationsbehandlung von Untergebrachten gem. § 64 StGB bei bestimmten Voraussetzungen in den LWL-Kliniken Warstein, Münster, Herten, Hemer u.a. erfolgen. Auch das Ev. Krankenhaus Bielefeld, Gilead IV stellt Therapieplätze für suchtkranke Maßregelvollzugspatienten zur Verfügung.

6.1 Versorgungsauftrag der LWL-Entziehungsanstalten

6.1.1 LWL-Maßregelvollzugsklinik Schloss Haldem

In der LWL-Maßregelvollzugsklinik Schloss Haldem sollen folgende Patientengruppen aufgenommen werden:

- Maßregelvollzugspatienten (§ 64 StGB) mit einer Alkoholabhängigkeit und mit der Doppeldiagnose oder der Komorbidität Alkoholabhängigkeit/Persönlichkeitsstörung
- Maßregelvollzugspatienten (§ 64 StGB) mit der Doppeldiagnose oder der Komorbidität Psychose/Sucht, hirnnorganisch erkrankte und strukturschwache Patienten
- Maßregelvollzugspatienten (§ 64 StGB) mit einer Drogenabhängigkeit und mit der Doppeldiagnose oder der Komorbidität Drogenabhängigkeit/Persönlichkeitsstörung, die das 25. Lebensjahr vollendet haben, sofern sie von dem verhaltenstherapeutischen Konzept der Klinik profitieren können
- Cluster B - Persönlichkeitsgestörte Patienten (ICD 10, F 60.2 und F 60.3) mit Alkoholabhängigkeit, die insbesondere von dem verhaltenstherapeutisch orientierten Integrativ Behavioralen Therapie Programm (IPT) profitieren
- Maßregelvollzugspatienten (§ 64 StGB) mit einem Sexualdelikt als Anlassstrafat

6.1.2 LWL-Therapiezentrum für Forensische Psychiatrie Marsberg

Im LWL-Therapiezentrum für Forensische Psychiatrie Marsberg sollen folgende Patientengruppen aufgenommen werden:

- Maßregelvollzugspatienten (§ 64 StGB) mit einer Drogenabhängigkeit die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben
- Maßregelvollzugspatienten (§ 64 StGB) mit einer Drogenabhängigkeit und mit der Doppeldiagnose oder der Komorbidität Drogenabhängigkeit/Persönlichkeitsstörung die das 25. Lebensjahr vollendet haben, sofern sie von dem tiefenpsychologischen Konzept der Klinik profitieren können

- Cluster B - Persönlichkeitsgestörte Patienten (ICD10: F60 u. F61) mit Drogenabhängigkeit, die insbesondere von dem psychodynamischen Behandlungsansatz des Transference-Focused Programms (übertragungsfokussierte Therapie) profitieren.

6.2 Behandlungsangebote in den Kliniken des LWL-PsychiatrieVerbundes Westfalen

6.2.1 LWL-Klinik Münster

In der LWL-Klinik Münster können folgende Patientengruppen integriert behandelt werden:

- Maßregelvollzugspatienten (§ 64 StGB) mit der Diagnose ICD 10 F 10, sofern diese den Sicherheits- und Behandlungsanforderungen der Einrichtung entsprechen und von dem speziellen Angebot der medizinischen Rehabilitation (Station 23/2) profitieren können
- Maßregelvollzugspatienten (§ 64 StGB) mit der Diagnose ICD 10 F 10, die voraussichtlich in den Landgerichtsbezirk Münster entlassen werden sollen

6.2.2 LWL-Klinik Warstein

In der LWL-Klinik Warstein können folgende Patientengruppen integriert behandelt werden:

- Maßregelvollzugspatienten (§ 64 StGB) mit der Diagnose ICD 10 F 1 x, sofern diese den Sicherheits- und Behandlungsanforderungen der Einrichtung entsprechen und von dem speziellen suchtherapeutischen Angebot der LWL-Klinik profitieren können.
- Maßregelvollzugspatienten mit der Diagnose „Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung (ICD F1x.7)
- Maßregelvollzugspatienten (§ 64 StGB) mit der Diagnose ICD 10 F 10, die voraussichtlich in den Landgerichtsbezirk Arnsberg entlassen werden sollen

6.2.3 LWL-Klinik Herten

In der LWL-Klinik Herten können folgende Patientengruppen integriert behandelt werden:

- (junge) Maßregelvollzugspatienten (§ 64 StGB) mit der Diagnose ICD 10 F 1 x, sofern diese den Sicherheits- und Behandlungsanforderungen der Einrichtung entsprechen und von dem speziellen suchtherapeutischen Angebot der LWL-Klinik profitieren können.
- (junge) Maßregelvollzugspatienten (§ 64 StGB) mit der Diagnose ICD 10 F 1 x 6.2.4, die voraussichtlich in die Landgerichtsbezirke Bochum und Essen entlassen werden sollen

6.2.4 LWL-Klinik Hemer

In der LWL-Klinik Hemer können folgende Patientengruppen integriert behandelt werden:

- Maßregelvollzugspatienten/innen (§ 64 StGB) mit der Diagnose ICD 10 F 1 x, die für eine Aufnahme in der Fachklinik Im Deerth vorgesehen sind und zur Entgiftung in der LWL-Klinik Hemer behandelt werden.
- Maßregelvollzugspatienten/innen (§ 64 StGB) mit der Diagnose ICD 10 F 1 x, die zuvor in der Fachklinik Im Deerth untergebracht waren und zur Krisenintervention in der LWL-Klinik Hemer behandelt werden.

6.3 Behandlungsangebote in den Kliniken freier Träger

6.3.1 Fachklinik Im Deerth, Hagen

In der Fachklinik Im Deerth können folgende Patientengruppen behandelt werden:

- Maßregelvollzugspatienten (§ 64 StGB) mit der Hauptdiagnose IDC 10 F 11 bis F 19, die voraussichtlich in die Landgerichtsbezirke Dortmund, Hagen, Bochum, Essen entlassen werden sollen
- Maßregelvollzugspatientinnen (§ 64 StGB), sofern diese den Sicherheits- und Behandlungsanforderungen der Einrichtung entsprechen

6.3.2 Ev. Krankenhaus Bielefeld, Gilead IV

In dem Ev. Krankenhaus Bielefeld, Gilead IV können folgende Patientengruppen behandelt werden:

- Maßregelvollzugspatienten (§ 64 StGB) mit der Hauptdiagnose IDC 10 F 10 bis F 19, die perspektivisch in die Region Bielefeld entlassen und nachbetreut werden sollen und den Sicherheits- und Behandlungsanforderungen der Einrichtung entsprechen