

Fachbereich Forensische Psychiatrie



Inhaltsverzeichnis

A: Struktur des Fachbereichs, bauliche und allgemeine Rahmenbedingungen der Unterbringung	3
1. Der Fachbereich Forensische Psychiatrie	3
2. Rechtliche Rahmenbedingungen	4
3. Das Verhältnis von Behandlung und Sicherung	6
B: Die Abteilungen	7
1. Forensische Psychiatrie I	7
1.1 Behandlung	7
1.2 Die Stationen und Behandlungsbereiche	7
2. Forensische Psychiatrie II	11
2.1 Behandlung	11
2.2 Abteilungsstruktur	12
C: Abteilungsübergreifende Behandlungsangebote	14
1. Ergotherapie	12
2. Sport	12
3. Erwachsenenbildung im Fachbereich Forensische Psychiatrie	12
4. Angehörigengruppe	13
D: Kommunikationsstrukturen im Fachbereich	15
1. Besprechungswesen	15
2. Supervision	15



A Struktur des Fachbereichs, bauliche und allgemeine Rahmenbedingungen der Unterbringung

1. Der Fachbereich Forensische Psychiatrie

Im Fachbereich Forensische Psychiatrie der LVR-Klinik Viersen werden psychisch kranke Straftäter (ausschließlich Männer) auf der rechtlichen Grundlage des § 63 StGB (Strafgesetzbuch) im Maßregelvollzug behandelt.

Die Behandlung dieser Patienten mit unterschiedlichen psychiatrischen Störungsbildern erfolgt unter besonderer Berücksichtigung des zur Unterbringung führenden Deliktes und seiner Entstehungsbedingungen. Sie basiert auf einem breiten Angebot an psychotherapeutischen, kreativtherapeutischen, pädagogischen und sozioedukativen Maßnahmen.

An der Behandlung sind beteiligt:

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/Gesundheits- und Krankenpfleger, Fachärztinnen/Fachärzte für Psychiatrie-Psychotherapie, Ärztinnen/Ärzte in fortgeschrittener Weiterbildung, psychologische Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten, Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter und Sozialpädagoginnen/Sozialpädagogen, Kreativtherapeutinnen/Kreativtherapeuten, Lehrerinnen/Lehrer, Ergotherapeutinnen/Ergotherapeuten und Sporttherapeutinnen/Sporttherapeuten.

Alle an der Behandlung der Patienten beteiligten Berufsgruppen tauschen sich regelmäßig aus, planen gemeinsam die Behandlung der Patienten und treffen ihre Entscheidungen unter Würdigung sowohl der Behandlungsperspektive als auch des Sicherheitsinteresses der Allgemeinheit.

Für die Unterbringung der Patienten stehen in der Abteilung Forensische Psychiatrie I fünf Stationen mit insgesamt 71 Behandlungsplätzen zur Verfügung, in der Abteilung Forensische Psychiatrie II werden auf sechs Stationen 83 Patienten behandelt.

Die Stationen 27.1-27.4 befinden sich im Neubau des Fachbereichs Forensik, einem nach dem Wagenburgprinzip errichteten hochgesicherten Bereich mit vier Stationsgebäuden, einem Zentralgebäude mit Pforte, einem Verwaltungsbereich mit Behandlungsräumen und Zahnarztpraxis, sowie Hallen für Sport- und Arbeitstherapie. Die Stationen 18a und 18b, 14a und 14b, 24a und 24b sowie 30/4 sind in Gebäuden, die sich pavillonartig auf dem Gelände der LVR-Klinik Viersen verteilen, untergebracht. Außerdem befinden sich zwei offene Wohngruppen (WG Gärtnerei und WG Gutshof) in zwei früheren Wohnhäusern am Rande des Klinikgeländes.

In der Abteilung Forensische Psychiatrie I werden überwiegend Patienten behandelt, die an einer Psychose erkrankt sind, häufig besteht zusätzlich eine Abhängigkeitsproblematik. An die Abteilung Forensische Psychiatrie I ist die Forensische Überleitungs- und Nachsorgeambulanz (FÜNA) angebunden.

In der Abteilung Forensische Psychiatrie II werden Patienten mit Persönlichkeitsstörungen behandelt. Außerdem wird hier ein differenziertes Behandlungsangebot für jugendliche Patienten im Maßregelvollzug vorgehalten.

Kontakt

Forensische Psychiatrie I: Stationen 27.1, 27.2, 30/4, Wohngruppe Gutshof, Wohngruppe Gärtnerei und Forensische Überleitungs- und Nachsorgeambulanz



Chefärztin und Fachbereichsärztin
Dr. Heike Guckelsberger
heike.guckelsberger@lvr.de



Pflegedienstleitung
Renate Henrichs
renate.henrichs@lvr.de



Leitende Oberärztin
Ute Wolzendorff
ute.wolzendorff@lvr.de



Sekretariat
Marion Spicker
marion.spicker@lvr.de
02162 96-4062

Forensische Psychiatrie II: Stationen 27.3, 27.4, 18a, 18b, 24a, 24b, 14a und 14b



Therapeutische Abteilungsleitung:
Dr. Dipl.-Psych. Klaus Elsner,
klaus.elsner@lvr.de



Pflegedienstleitung:
Inge Held
inge.held@lvr.de



Leitender Oberarzt:
Dr. David Strahl
david.strahl@lvr.de



Sekretariat:
Sylvia Zillekens
sylvia.zillekens@lvr.de
02162 96-4802

2. Rechtliche Rahmenbedingungen

Die Rechtsvorschriften über die „Maßregeln der Besserung und Sicherung“ sind Teil des zweispurigen Systems unseres Strafrechts, das in Abhängigkeit davon, ob ein Täter bei der Begehung einer Tat mit oder ohne Schuld gehandelt hat, unterschiedliche Rechtsfolgen vorsieht.

Nach § 20 des Strafgesetzbuches handelt ohne Schuld, „wer bei Begehung der Tat wegen einer krankhaften seelischen Störung, wegen einer tiefgreifenden Bewusstseinsstörung oder wegen Schwachsinns oder einer schweren anderen seelischen Abartigkeit unfähig ist, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln.“ Ein ohne Schuld handelnder Täter wird getreu dem Grundsatz „Ohne Schuld keine Strafe“ freigesprochen. Wenn von ihm aufgrund seiner Erkrankung auch weiterhin erhebliche rechtswidrige Taten zu erwarten sind, kann das Gericht eine freiheitsentziehende Maßregel der Besserung und Sicherung anordnen. Der Freiheitsentzug erfolgt nicht als Strafe, sondern zum Schutz der Allgemeinheit und dauert solange an, bis erwartet werden kann, dass der Betroffene in Freiheit keine rechtswidrigen Taten mehr begehen wird. Im Falle einer aufgrund einer seelischen Erkrankung verminderten Schuldfähigkeit kann das Gericht ebenfalls neben einer der Schuld angemessenen Freiheitsstrafe eine Maßregel anordnen. In diesem Fall ist die Maßregel vor der Strafe zu vollziehen und wird zu zwei Dritteln auf die Strafzeit angerechnet.

Das zuständige Gericht überprüft jährlich, ob der Maßregelvollzug fort dauern muss. Bei günstiger Prognose wird der Vollzug der Maßregel zur Bewährung ausgesetzt, mit dem Ende der Bewährungszeit ist das Verfahren erledigt. Nach § 136 des Strafvollzugsgesetzes sind als Ziele des Maßregelvollzugs festgelegt, dass sich die Behandlung nach ärztlichen Gesichtspunkten zu richten hat und Heilung und Besserung angestrebt werden sollen. Auch den Patienten, die nicht gebessert werden können, soll die notwendige Aufsicht, Betreuung und Pflege zuteilwerden.

In § 1 des in Nordrhein-Westfalen geltenden Maßregelvollzugsgesetzes werden die Ziele der Behandlung folgendermaßen formuliert:

„Maßregeln der Besserung und Sicherung sollen die betroffenen Patientinnen und Patienten durch Behandlung und Betreuung (Therapie) befähigen, ein in die Gemeinschaft eingegliedertes Leben zu führen. Die Sicherheit und der Schutz der Allgemeinheit und des Personals der Einrichtungen vor weiteren erheblichen rechtswidrigen Taten sollen gewährleistet werden. Therapie und Unterbringung haben auch pädagogischen Erfordernissen Rechnung zu tragen und sollen unter größtmöglicher Annäherung an allgemeine Lebens- und Arbeitsverhältnisse, Mitarbeit und Verantwortungsbewusstsein der Patientinnen und Patienten wecken und fördern.“

3. Das Verhältnis von Behandlung und Sicherung

Über Sicherheit im Maßregelvollzug nachzudenken, heißt, drei Aspekte zu unterscheiden. Instrumentelle Sicherheit bezieht sich auf bauliche und technische Aspekte, bspw. die Verfügbarkeit von Kriseninterventionsräumen oder Personensicherungssystemen. Unter administrativer Sicherheit sind festgeschriebene Abläufe bei sicherheitsrelevanten Vorfällen zu verstehen, bspw. bei Gewaltandrohungen durch einen Patienten, Geiselnahme, etc. Vor allem bei denjenigen Patienten, die entweder aufgrund der erst kürzlich erfolgten Aufnahme noch nicht eingeschätzt werden können oder sich in einer Krise befinden, ist die Beachtung dieser Aspekte handlungsleitend. Im Alltag aber wird die Sicherheit, die sich durch eine konstruktive Beziehung entwickelt, im Vordergrund stehen. Wenn Patienten das Gefühl entwickeln, von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter akzeptiert zu werden und von der Unterbringung profitieren zu können, wird die Wahrscheinlichkeit hoch sein, dass sie sich an die mit ihnen vereinbarten Ziele und an die sie betreuenden Personen gebunden fühlen.

Die Beachtung des Sicherungsaspekts der Unterbringung im Maßregelvollzug ist Aufgabe aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Abteilung.

Maßregelvollzugsabteilungen sind „totale Institutionen“. Die Möglichkeit für Patienten, selbstbestimmt und eigenverantwortlich zu handeln, ist begrenzt; Entscheidungen werden über sie getroffen. Zu Beginn der Unterbringung ist dies vor allem unter Sicherheitsaspekten notwendig und sinnvoll. Im Behandlungsverlauf sind dann nach und nach Handlungsspielräume zu eröffnen, in denen die Fremdkontrolle durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ab- und die Selbstkontrolle der Patienten zunimmt. Dies geschieht sowohl im stationären Raum als auch in gestuften Lockerungen des Maßregelvollzugs.

Lockerungen sind aus unterschiedlichen Gründen ein wesentlicher Bestandteil der Behandlung: Als positive Verstärker fördern sie die Behandlungsmotivation, sie dienen der Aufrechterhaltung und Förderung sozialer Kontakte, sie funktionieren als soziale Trainingsmaßnahmen und reduzieren das Auftreten von Hospitalisierungsschäden. Besonders wichtig ist die Möglichkeit zur Belastungserprobung: Das Verhalten bei der Wahrnehmung von Lockerungen erlaubt dem Behandlungsteam die Beurteilung erzielter positiver Veränderungen auf ihre Konstanz in allmählich zu erweiternden Freiräumen außerhalb der Klinik. Dabei ermöglichen kurze überschaubare Zeiträume und die Kenntnis sowohl des aktuellen Befindens des Patienten als auch der relativ konstanten situativen Bedingungen eine relativ sichere prognostische Einschätzung.

Die Entscheidung, einem Patienten eine Lockerung zu gewähren, wird erst nach eingehender Risikoabschätzung getroffen. In einem mehrstufigen Entscheidungsprozess, der sich an dem Prozessmodell der Urteilsbildung idiografischer Kriminalprognosen (Dahle 2007) orientiert, werden alle am Behandlungsprozess Beteiligten gehört und wissenschaftlich als prognostisch bedeutsam erwiesene Faktoren beurteilt, bevor das Behandlungsteam eine Einschätzung abgibt. Neben den individuellen Risikoprädiktoren und der Einbindung des Patienten in die Behandlung bzw. seinen Fortschritten im Behandlungsprozess ist die Summe der Gegenübertragungen der



Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ein wichtiger Faktor in der Beurteilung von Vollzugslockerungen. Verantwortlich für die Gewährung von Lockerungen ist die therapeutische Abteilungsleitung. Bei Patienten, die ein besonders schweres Delikt begangen haben, werden in der Regel vor Gewährung einer Lockerung Begutachtungen von externen Sachverständigen eingeholt. Geeignete GutachterInnen werden von den zuständigen Heilberufskammern anhand entsprechender Qualitätskriterien benannt. Darüber hinaus werden an einer Vielzahl von Entscheidungen die zuständigen Vollstreckungsbehörden (Staatsanwaltschaften) beteiligt.

B: Die Abteilungen

1. Forensische Psychiatrie I

1.1 Behandlung

In der Abteilung Forensische Psychiatrie I werden schwerpunktmäßig forensische Patienten behandelt, die an Psychosen erkrankt sind.

Die Behandlung erfolgt unter Berücksichtigung eines bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells der Schizophrenie. Voraussetzung der Behandlung ist eine wertschätzende und akzeptierende Haltung des Behandlungsteams. Die Patienten können bei den erforderlichen Behandlungsmaßnahmen nur kooperieren, wenn sie sich in ihrer krankheitsbedingten Verunsicherung ernst genommen fühlen. Die Unterbringungsbedingungen müssen vor diesem Hintergrund so gestaltet sein, dass sie Struktur, Reizschutz, Rollentransparenz und Kontinuität gewährleisten, aber auch die Selbstverantwortlichkeit der Patienten fördern.

Die Milieugestaltung ermöglicht den Patienten im Alltag der Station ein soziales Lernen durch die bewusste Gestaltung und Reflexion der Beziehungen untereinander, aber auch zum Behandlungsteam. Der Tag des einzelnen Patienten wird nach einem individuell festgelegten Tagesplan, in dem die verschiedenen therapeutischen und Freizeitaktivitäten sinnvoll verbunden sind, gestaltet. Bausteine der Milieuthherapie sind u.a. die gemeinsame Einnahme der Mahlzeiten, die gemeinsame Entscheidungsfindung in Stationsversammlungen und Stationsforen, was etwa die Gestaltung von Freizeitaktivitäten angeht, und die Bearbeitung interpersoneller Konflikte im Stationsalltag. Die Patienten erhalten konstruktive Rückmeldungen zum eigenen Verhalten und lernen ihrerseits angemessene Rückmeldungen zum Verhalten anderer zu geben.

Nach Remission bzw. Besserung akuter psychotischer Symptome fokussiert die Behandlung zunächst auf die Förderung von Motivation zu Therapie und Veränderung. Später verschiebt sich der Fokus auf die Bearbeitung aktueller Probleme und Konflikte und auf das Verstehen psychosozialer Bezüge. Langfristig zielt die Behandlung auf die Stärkung der Fähigkeit zu Krankheits- und Stressbewältigung einschließlich der Einordnung der Psychose und der durch die Störung bedingten Einschränkungen in den individuellen Lebensentwurf. Bausteine der Behandlung sind u. a. Psychotherapie, Pharmakotherapie und psychoedukative Verfahren.

Im Rahmen der Deliktbearbeitung, die allerdings nicht bei allen Patienten im gleichen Maße möglich ist, soll der Patient Einsicht in den Zusammenhang zwischen Störungsbild und delinquentem Verhalten erlangen können und für die Bedeutung von Frühwarnzeichen störungs- und deliktrelevanter Entwicklungen sensibilisiert werden. (s. a. : Leitlinie für die Regelbehandlung von schizophrenen Patienten im Maßregelvollzug, Der Landesbeauftragte für den Maßregelvollzug NRW, 2004.)

1.2 Die Stationen und Behandlungsbereiche der Abteilung Forensische Psychiatrie I

Die Station 27.1 im Neubau des Fachbereichs Forensische Psychiatrie bildet den Aufnahme- und Kriseninterventionsbereich der Abteilung Forensische Psychiatrie I.

Die Patienten sind in 16 Einzelzimmern untergebracht. Für Kriseninterventionen werden ein Absonderungszimmer und zwei Krisenzimmer vorgehalten. Neben dem Gruppenraum, einem Besucherraum und einem Raum für die Ergotherapie stehen den Patienten Fernsehzimmer für Raucher und Nichtraucher zur Verfügung.



Zentrum der Station ist der Aufenthaltsraum, in dem auch die Mahlzeiten angenommen werden. Von dort gehen Flure zu den beiden Schlaftrakten ab, die jeweils in Split-Level-Bauweise angelegt sind.

Zwischen 20.45 Uhr und 6.45 Uhr erfolgt ein Nachteinschluss der Patienten auf ihren Zimmern.

Alle neu aufgenommenen Patienten durchlaufen zunächst diese Station.

Wesentliche Funktionen der Station bestehen darin, bei neu aufgenommenen Patienten eine ausführliche Diagnostik durchzuführen, die Therapiemotivation zu wecken bzw. zu fördern, insbesondere eine Compliance für die medikamentöse Behandlung herzustellen, eine erste prognostische Einschätzung vorzunehmen und die Behandlung zu planen.

Zur Sicherung bzw. Überprüfung der Einweisungsdiagnose erfolgen umfangreiche diagnostische Maßnahmen:

Der Patient wird eingehend exploriert und eine ausführliche biographische Anamnese, gestützt von fremdanamnestischen Informationen erhoben. Er wird körperlich untersucht, medizinische und testpsychologische Untersuchungen schließen sich an.

Gestützt auf diese Daten wird eine Hypothese über die Dynamik des Anlassdeliktes erarbeitet, es erfolgt eine erste prognostische Einschätzung, und ein erster individueller Therapieplan wird erstellt.

Damit unmittelbar verknüpft ist die Notwendigkeit, den Patienten zu einer aktiven Teilnahme an der Behandlung zu motivieren. Diese Motivation wird vorrangig durch intensive Einzelbetreuung erzielt. Daneben nehmen die neu aufgenommenen Patienten an der sogenannten Maßregelvollzugsgruppe teil, wo sie über die rechtlichen Rahmenbedingungen und die Zielsetzungen der Unterbringung im Maßregelvollzug informiert werden.

Oftmals erfolgt auf der Station die erste vorsichtige Auseinandersetzung mit dem Anlassdelikt. Gefühle von Schuld und Scham können durch Leugnung, Bagatellisierung, Projektion und Externalisierung abgewehrt werden oder aber zu schweren Krisen führen. Hier werden immer wieder stützende therapeutische Gespräche und intensive pflegerische Zuwendung erforderlich, in die häufig auch die Angehörigen der Patienten mit einbezogen werden müssen. Psychotische Patienten können an einem niedrigschwelligen modifizierten psychoedukativen Gruppenangebot teilnehmen.

Eine weitere Aufgabe der Station ist es, Patienten, die auf anderen Stationen in eine Krise geraten sind, zu behandeln. Hierbei kann es sich beispielsweise um Exazerbationen der vorbestehenden Grunderkrankung, suizidale Krisen oder um akute Erregungszustände handeln. Schwerstgestörte Patienten, in der Regel mit der Diagnose einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis und mit hohem Risiko für aggressive Übergriffe, können durch die baulichen Gegebenheiten (Krisen- und Absonderungsräume) und eine ausreichende Präsenz qualifizierter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter angemessen begrenzt werden. Ziel der Behandlung bei diesen Patienten ist ebenfalls, sie zu stabilisieren, um die Weiterbehandlung auf der verlegenden Station wieder zu ermöglichen.

Bei der hochgesicherten Therapiestation 27.2 handelt es sich um eine Spezialstation für Patienten mit der Diagnose einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis und komorbider Abhängigkeitsproblematik.

Die bauliche Gestaltung gleicht der der Station 27.1. Zentrum der Station ist der Aufenthaltsraum, in dem auch die Mahlzeiten eingenommen werden. Von dort gehen Flure zu den beiden Schlaftrakten ab, die jeweils in Split-Level-Bauweise angelegt sind. Die Patienten sind in 9 Doppelzimmern und 5 Einzelzimmern untergebracht. Es gibt zwei Gemeinschaftsfernsehzimmer, wovon eines für Raucher vorgehalten wird.

Zwischen 20.30 Uhr und 7.00 Uhr erfolgt ein Nachteinschluss der Patienten auf ihren Zimmern.

Das Ausmaß des Komorbiditätsproblems hat sich während der letzten Jahre verschärft. Als Erklärungsansätze werden Faktoren angenommen wie Aspekte der Selbstmedikation oder Affektregulation durch den Konsum, psychoseinduzierende Wirkungen bestimmter Suchtstoffe und eine genetisch verankerte Vulnerabilität. Ein auf die Komplexität dieses Störungsbildes ausgerichtetes Therapieprogramm muss stützend-fürsorgliche Konzepte aus der psychiatrischen Krankenversorgung und klassische suchtherapeutische Ansätze integrieren.

Während der Behandlung muss flexibel auf die aktuelle Befindlichkeit bzw. Erkrankungsphase der Patienten reagiert werden und entsprechend entweder die psychiatrischen Behinderungen oder die Förderung der eigenen Verantwortlichkeit für die Genesung in den Fokus gestellt werden.

Ziele sind:

Erhöhung von Krankheitseinsicht und Medikamenten-Compliance, das Vermitteln der Zusammenhänge zwischen Sucht und Schizophrenie, die Erhöhung von Fähigkeiten zur Früherkennung psychotischer Prozesse, Erwerb von Strategien zur Bewältigung von Rückfallsituationen, Aufbau und Stabilisierung von Abstinenzmotivation sowie Prävention und Bewältigung von Rückfällen.

Die einfach geschlossene Station 30/4 befindet sich außerhalb des Bereichs des hochgesicherten Forensikneubaus im Gelände der Allgemeinpsychiatrie. Die Station verfügt aktuell über 20 Betten in Doppelzimmern. Hier werden überwiegend Patienten behandelt, die schon längere Zeit untergebracht sind und keine besonderen Sicherheitsvorkehrungen benötigen. Überwiegend handelt es sich um Patienten, die zuvor auf der Station 27.2. im hochgesicherten Neubau behandelt wurden. Auf Station 30/4 werden zum einen die Behandlungsergebnisse auf den vorbehandelnden Stationen gesichert, neu erworbene Fertigkeiten geübt und in sich sukzessive erweiternden Freiräumen erprobt. Zum anderen wird hier die Entlassperspektive gemeinsam mit den Patienten entwickelt.

Der Schwerpunkt liegt auf einer sozio- und milieutherapeutischen Tagesstrukturierung in Verbindung mit psychotherapeutischer und ärztlicher Behandlung.

Die Patienten besuchen je nach Indikation die Behandlungsangebote der forensischen Abteilungen (z. B. Ärgermanagement-Gruppe, Sexualstraftätergruppe, Arbeitstherapie, Sporttherapie) und stationsgebundene Gruppenangebote (Psychoedukation, Suchtgruppe).

Die beiden offenen Wohngruppen (Wohngruppe Gärtnerei und Wohngruppe Gutshof) wurden in ehemaligen Wohnhäusern der Klinik eingerichtet. Die Gebäude befinden sich am Rande der Klinik und verfügen jeweils über 6 Plätze in 3 Doppelzimmern (WG Gärtnerei) oder 5 Einzelzimmern (WG Gutshof), eine Gemeinschaftsküche, ein Badezimmer, ein Wohnzimmer und ein Teamzimmer. An die Wohngruppe Gutshof angebunden ist ein weiteres Zimmer mit einem separaten Eingang und eigener Küchenzeile und Bad, das als Erprobungswohnung genutzt wird. Zu den Häusern gehört jeweils ein großer Garten mit alten Obstbaumbeständen.

Die Wohngruppen halten ein Setting vor, das offen und integrativ bzgl. seiner Strukturen sein soll. Integrativ bedeutet in diesem Zusammenhang: Die Zusammenführung einer kleinen und überschaubaren Gruppe von Patienten mit unterschiedlichen Krankheitsbildern und Delikten aus beiden forensischen Abteilungen. Charakteristisch ist in den Wohngruppen eine sehr weitgehende Selbstversorgung.

Ziel der Behandlung ist vor allem die Verselbständigung der Bewohner unter weitgehend realistischen Alltagsbedingungen einhergehend mit einer Förderung des Sozial- und Kommunikationsverhaltens sowie der Stabilisierung der erreichten Behandlungsfortschritte unter offenen Bedingungen. Eine Innen- oder Außensicherung ist nicht vorhanden. Daher ist eine Unterbringung hier erst möglich, wenn die Patienten sich bereits über einen längeren Zeitraum als zuverlässig im Umgang mit gewährten Freiräumen erwiesen haben.

Die Forensische Überleitungs- und Nachsorgeambulanz (FÜNA)

Nach dem MRVG-NW (§ 1, Abs. 3) sollen Therapie und Beratung mit Zustimmung der Patienten auch nach der Entlassung im Benehmen insbesondere mit der Führungsaufsicht, gesetzlichen Betreuungen, der Bewährungshilfe, der freien Wohlfahrtspflege, den Sozialbehörden, dem sozialpsychiatrischen Dienst, der unteren Gesundheitsbehörde, den ärztlichen und nichtärztlichen Therapeutinnen und Therapeuten sowie den Kostenträgern fortgesetzt werden. „Die Einrichtungen sind verpflichtet, [...] Nachsorgemaßnahmen zu vermitteln, die Überleitung der Patientinnen und Patienten an ambulante, teilstationäre oder stationäre Angebote sicherzustellen und Patientinnen und Patienten insbesondere auf deren Wunsch im Krisenfall kurzfristig aufzunehmen, soweit keine anderen geeigneten Angebote zur Verfügung stehen.“

Die Aufgaben der forensischen Nachsorge wurden in Nordrhein-Westfalen durch den Erlass des Landesbeauftragten für den Maßregelvollzug vom 19.08.2003 konkretisiert:

- Verhinderung von Deliktrückfällen durch eine gut vorbereitete, schrittweise vorgenommene Wiedereingliederung und durch Sicherstellung der Behandlungskontinuität,
- Sicherstellung geeigneter Maßnahmen, um deliktfördernde personelle, situative oder soziale Veränderungen bei (bedingt) entlassenen Patienten zu erkennen,
- Regelmäßige Kontrollen, aufsuchender Kontakt und ständig wiederkehrende Risikoeinschätzungen,
- Unverzögliche Information der zuständigen Justizbehörden (Bewährungshilfe/Führungsaufsicht, Strafvollstreckungskammer) beim Vorliegen konkreter Anhaltspunkte für einen drohenden Deliktrückfall,
- Erschließung geeigneter Entlassungsräume,
- Sicherstellung von Koordinierungsmaßnahmen, sofern dies nicht durch eine andere Institution gewährleistet werden kann,
- Frühzeitige und umfassende Information der an der Nachsorge beteiligten Institutionen,
- Beratung, Supervision und Fortbildung,
- Medizinische und psychotherapeutische Weiterbehandlung im Einzelfall.

In enger Abstimmung mit den Behandlungsteams begleitet die Ambulanz die Ablösung des Patienten von der Klinik. Im Rahmen einer Langzeitbeurlaubung vor der Entlassung kann der Patient in einem noch durch die Maßregel geschützten und gesicherten Rahmen erste Erfahrungen mit seinem Entlassungssetting machen und die Klinik kann nach Erprobung der Patienten unter realitätsnahen Bedingungen eine fundierte Entlassprognose abgeben. Wesentlich für das Gelingen der Überleitung ist die kontinuierliche Beratung und Koordination der beteiligten Helfer, das Angebot von Helferkonferenzen und Supervision und eine Rücknahmegarantie für den Krisenfall. Nachsorge in engerem Sinne beginnt nach der Entlassung der Patienten aus dem Maßregelvollzug.



2. Forensische Psychiatrie II

Unter Beachtung der rechtlichen Vorgaben und der fachlichen Standards (Leitlinien LBMRV und DGPPN) folgt die Behandlung forensischer Patienten den folgenden Überlegungen:

2.1 Behandlung

Es ist sinnvoll, den Behandlungsprozess in drei Phasen zu gliedern. Natürlich sind diese Phasen nicht unabhängig voneinander, sondern stehen in einem dynamischen Wechselverhältnis.

Eingangsphase der Behandlung

Die ausführliche Diagnostik hat sich nicht nur auf die Anwendung der Klassifikationssysteme ICD-10 oder DSM-IV-TR zu beschränken. Neben der Struktur und dimensionalen Ausprägung der jeweiligen Störung sind auch die Ressourcen des Patienten angemessen zu berücksichtigen. Das Studium der Ermittlungsakten, die Erhebung fremdanamnestischer Daten und die Anwendung psychologischer Testverfahren sind obligatorisch. Eine erste Abschätzung des strukturellen Rückfallrisikos, verstanden als langfristige Disposition für erneutes delinquentes Verhalten, wird auf der Grundlage der bekannten statischen Prädiktoren vorgenommen. Unter Gefährdungsaspekten wird damit sowohl eine langfristige Planung der Unterbringung als auch die mittelfristige Möglichkeit der Nutzung therapeutischer Angebote der Klinik und ggfs. extramuraler Einrichtungen erleichtert.

Unter Berücksichtigung des Störungs- und Delinquenzprofils des Patienten, der Delinquenzgeschichte und der situativen Bedingungen zum Tatzeitpunkt wird die individuelle Handlungstheorie der Delinquenz entwickelt. Aus ihr ergeben sich diejenigen Störungs- bzw. Problembereiche, die Gegenstand hypothesengeleiteter Behandlung sind, um das Rückfallrisiko wirksam zu reduzieren. Dabei sind die Zielsetzungen des Patienten in angemessener Weise einzubeziehen.

Neben den genannten Aufgaben ist in der Eingangsphase der Behandlung der Aufbau eines konstruktiven und stabilen Arbeitsbündnisses deutlich zu fokussieren (Förderung und Stabilisierung der Therapie- und Veränderungsmotivation). Zentrale Aufgabe ist es, den externen Zwang der Unterbringung in eine intrinsische Veränderungsbereitschaft zu transformieren.

Behandlungsphase

Die im engeren Sinn psychotherapeutische Behandlung folgt einem kognitiv-behavioralen Rahmenkonzept (Berücksichtigung des Ansprechbarkeitsprinzips), in dem andere Therapieverfahren integriert werden können, abhängig von der individuellen Indikation und den entsprechenden Kompetenzen der Therapeutinnen und Therapeuten.

Die klinische Erfahrung spricht dafür, zu Beginn der Behandlungsphase diejenigen Fertigkeiten der Patienten gezielt zu fördern, die es ihnen ermöglichen, von den psychotherapeutischen Angeboten optimal zu profitieren. Insbesondere gilt es, ihre Introspektionsfähigkeit zu erhöhen.

Im psychotherapeutischen Prozess sind zwei Dimensionen wesentlich. Zum einen sind durch deliktorientierte und störungsspezifische Angebote Veränderungsprozesse zu initiieren. Zum anderen sind diese Veränderungen in einer kontinuierlichen therapeutischen Beziehung, in der der Patient durch die Behandlungsphase begleitet wird, aufzunehmen. In dieser therapeutischen Beziehung erfährt der Patient Unterstützung, aber auch Grenzsetzung durch Klärung, Deutung und empathische Konfrontation. Zudem sind diejenigen Fähigkeiten des Patienten zu fördern, die es ihm ermöglichen, berechnete Bedürfnisse und Interessen auf sozial angemessene Weise zu artikulieren und durchzusetzen.

Im Einzelfall ist bei Patienten mit der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung eine psychopharmakologische Behandlung zu prüfen.

Neben der im engeren Sinn psychotherapeutischen Behandlung besitzt eine entwicklungsfördernde Milieuthérapie eine außerordentliche Bedeutung (s.u.). Abhängig vom Einzelfall stehen u.a. schulische Förderung, Ergotherapie bzw. Arbeit, sportliche Betätigung und eine konstruktive Freizeitgestaltung im Behandlungsfokus.

Rehabilitationsphase

Wenn die mit der Delinquenz assoziierten Störungsbereiche hinreichend modifiziert sind, werden die in der Behandlung erzielten Einstellungs- und Verhaltensänderungen in einer zunehmenden Außenorientierung erprobt und stabilisiert, sowie eine Entlassung aus dem Maßregelvollzug vorbereitet. Insbesondere ist dabei auf die Sicherstellung einer qualifizierten forensischen Nachsorge im sozialen Empfangsraum zu achten. Dieser Prozess ist durch eine frühzeitige Einbeziehung der FÜNA bestimmt. Kontakte mit extramuralen Einrichtungen, der Führungsaufsicht und Bewährungshilfe sind herzustellen.

Die Behandlung im Maßregelvollzug muss nicht zwangsläufig dazu führen, dass das strukturelle Rückfallrisiko wesentlich gesenkt werden kann. In diesen Fällen verändert sich der Behandlungsfokus. Weil eine Entlassung aus dem Maßregelvollzug nicht absehbar ist, muss mit den betreffenden Patienten die Gestaltung ihrer Zukunft in mehr oder minder eng begrenzten Lebensräumen thematisiert werden.

Therapeutisches Milieu (stationärer Alltag)

Die Ausgestaltung des Stationsmilieus hat eine nicht zu unterschätzende Bedeutung für die forensische Behandlung. Die Patienten erleben auf der Station Beziehungskontinuität und sind in soziale Lernprozesse eingebunden, die Unterstützung und Grenzsetzung beinhalten. Hier ist der Raum, in dem Beziehungserfahrungen und Selbstkonzepte korrigiert werden können. Im sozialen Mikrokosmos der Station zeigen sich die Ressourcen und Defizite der Patienten. In den therapeutischen Kontakten angestoßene Entwicklungen können aufgenommen und stabilisiert werden. Nicht zuletzt können neue Formen der sozialen Interaktion und der Konfliktfähigkeit ausprobiert und verändert werden.

2.2 Abteilungsstruktur

Die Behandlung von Patienten im Maßregelvollzug braucht eine behandlungsfördernde Abteilungs- bzw. Organisationsstruktur. Sie ist vor allem durch die folgenden vier Merkmale gekennzeichnet: Sie stellt erstens inhaltlich definierte Behandlungsstationen bereit, sie stützt zweitens durch organisatorische Vorkehrungen Beziehungskontinuität für die oft durch häufige Beziehungsabbrüche irritierten Patienten, sie ermöglicht drittens stationsübergreifende Behandlungsangebote, die an den spezifischen Behandlungsbedürfnissen der Patienten ausgerichtet sind und sie stellt viertens Transparenz über die Rahmenbedingungen und ihre Störungs- und Behandlungsmodelle sowie ihre Entscheidungsprozesse her.

Die einzelnen Stationen der Abteilung Forensische Psychiatrie II erfüllen die folgenden Aufgaben im Gesamtkonzept der Abteilung:

Die Station 27.3 ist die Aufnahme- und Krisenstation der Abteilung. Vor allem bei forensischen Patienten mit der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung werden neben der Beurteilung des strukturellen Rückfallrisikos und der daraus für Mitarbeiterinnen, Mitarbeiter und Mitpatienten resultierenden Gefährdung differenzierte diagnostische Einschätzungen vorgenommen. Daneben sind Behandlungsplanung und Förderung der Behandlungsmotivation wesentliche Arbeitsschwerpunkte, die die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Station zu bewältigen haben. Zudem ist die Station für Krisenverlegungen innerhalb der Abteilung zuständig.

Die hochgesicherte Therapiestation 27.4 behandelt Patienten mit komplexen Störungsprofilen und einem höheren Grad an Gefährlichkeit. In der Regel leben Patienten mit der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung auf dieser Station, bei denen mit schwierigen Behandlungsverläufen und Kriseninterventionen zu rechnen ist. Auch werden Patienten auf dieser Station betreut, die eine therapeutische Auseinandersetzung mit ihrer Persönlichkeitsproblematik und ihrer Delinquenz verweigern.

Auf der Station 24a werden forensische Patienten behandelt und betreut, die auf ein Leben in geschützten extramuralen Einrichtungen vorbereitet werden. Deshalb liegt der Behandlungsschwerpunkt auf sozio- und milieuthérapeutischen Maßnahmen. Unter diagnostischen Aspekten handelt es sich um Patienten mit einer leichten Intelligenzminderung und chronischen Verläufen einer psychotischen Erkrankung.

Die Station 24b stellt ein Behandlungsangebot für Patienten mit der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung bereit, die aufgrund der fortgeschrittenen und wirksamen Behandlung keiner hochgesicherten Unterbringung mehr bedürfen. Eine zunehmende Erweiterung der Lockerungen des Maßregelvollzugs soll eine Übernahme in offene Unterbringungsformen vorbereiten.

Die Station 14a verfügt über Behandlungsplätze für forensische Patienten, bei denen eine mittelfristige Entlassungsperspektive aktuell nicht vorstellbar ist. Hier steht neben der therapeutischen Bearbeitung der jeweiligen Problematik eine Begleitung im Lebensalltag im Vordergrund der Betreuung und Behandlung. Auf der Station 14b werden Patienten behandelt, die zwar unter gefährlichkeitsprognostischen Aspekten keiner geschlossenen Unterbringung mehr bedürfen, die sich aber weiterhin in einem kontinuierlichen und intensiven therapeutischen Prozess befinden, um die Stabilität der erzielten Veränderung auch langfristig zu sichern.

Auf der Station 18b werden jugendliche und heranwachsende Patienten behandelt. Die Besserung und Sicherung junger forensischer Patienten hat neben den individuellen Störungsbildern und Delinquenzprofilen die mit dem Lebensalter verbundenen Besonderheiten zu berücksichtigen. Unter entwicklungspsychologischen Aspekten haben diese Patienten vor allem die folgenden Entwicklungsaufgaben zu bewältigen: Sie haben sich vom Elternhaus zu lösen und angemessene Kontakte zu Gleichaltrigen aufzunehmen, sie müssen erwachsene Sexualität in ihre Persönlichkeit und sexuelle Beziehungen integrieren und dabei Kompromisse zwischen dem sexuell Erwünschten und Zulässigen herstellen, sie haben ihre Ich-Funktionen weiter auszugestalten, sie haben ihre soziale Handlungskompetenz, verstanden als ihre Fähigkeiten, berechnete Bedürfnisse und Interessen in sozial angemessener Form durchzusetzen, zu erweitern und nicht zuletzt eine berufliche und Lebensperspektive zu entwickeln. Kurz gesagt geht es in diesem Prozess darum, dass sich Jugendliche zu erwachsenen und autonomen Persönlichkeiten entwickeln.

Die Störungsprofile der Jugendlichen und Heranwachsenden im Maßregelvollzug verweisen darauf, dass ihre kognitiven, emotionalen und sozialen Kompetenzen für die Bewältigung dieser Entwicklungsaufgaben erheblich beeinträchtigt sind.

Neben störungsspezifischen und deliktorientierten Methoden erfordert die Förderung dieser Kompetenzen sowie die Begleitung und Unterstützung bei der Bewältigung der genannten Entwicklungsaufgaben insbesondere pädagogische, kreativtherapeutische und erlebnispädagogische Ansätze einerseits und eine Vernetzung mit Schule, Ausbildung, Freizeit (Sport) und sozialen Institutionen andererseits. Hierbei tritt das Spannungsverhältnis zwischen der Entwicklungsförderung und den Sicherheitsaspekten besonders deutlich hervor. Wenn möglich, sind Mitglieder der Familien in die Behandlung einzubeziehen. Im Rahmen einer Kooperation mit der Hoogeschool van Arnhem en Nijmegen werden für die jugendlichen und heranwachsenden Patienten Kunsttherapie und psychomotorische Therapie angeboten, um einen nonverbalen Zugang zu ihren Ressourcen und Problemen zu fördern.

C: Abteilungsübergreifende Behandlungsangebote

1. Ergotherapie

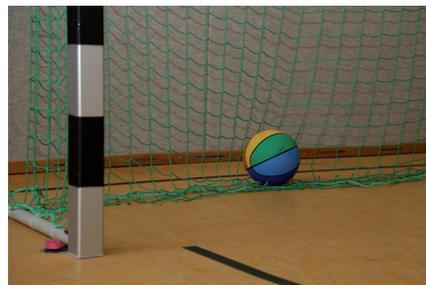
Mit den Mitteln der Arbeits- und Beschäftigungstherapie soll langfristig der Prozess der Wiedereingliederung der Patienten unterstützt werden, wobei der Aufbau der Fähigkeit zur regelmäßigen Teilnahme am Arbeitsleben und einer sinnerfüllten und aktiven Gestaltung der Freizeit im Mittelpunkt steht. Der Behandlungsprozess wird gefördert durch die Vermittlung von Tagesstruktur, Verbesserung von Konzentrationsfähigkeit, Aufmerksamkeit und Wahrnehmungsfähigkeit und durch die Stärkung von Selbstwirksamkeit und Selbstwert.

Angebote der Ergotherapie

Auf den Aufnahmestationen der beiden Abteilungen wird in den eigens dazu hergerichteten Ergotherapiegruppenräumen ein eher beschäftigungstherapeutisch orientiertes Angebot vorgehalten.

Die Arbeitstherapie (AT) in der Werkhalle im Neubau der Forensik bietet 20 Plätze im Bereich der industriellen Verpackung an, 8 Plätze in der Holzwerkstatt sowie 6 Plätze im Bereich der Buchbinderei.

Bereits entsprechend gelockerte Patienten können die Arbeitstherapieangebote der LVR-Klinik Viersen in Haus 4 und Haus 8 nutzen. Daneben werden Arbeitstherapieplätze in den Regiebetrieben und im Bereich Gartenbau der Klinik angeboten.



2. Sport

Die Sporthalle im Neubau des Fachbereichs ermöglicht die ganze Bandbreite an Mannschaftsspielen. Außerdem stehen ein Raum mit Kraftsportgeräten sowie eine Gymnastikhalle zur Verfügung.

Dadurch, dass die Patienten bei der Teilnahme an sporttherapeutischen Angeboten den Gegensatz zwischen Anspruch und tatsächlicher Leistungsfähigkeit unmittelbar erleben können, erfahren die Patienten Unterstützung beim Erwerb einer realistischen Selbstwahrnehmung und Situationseinschätzung.

Im Mannschaftsspiel können sie lernen Regeln einzuhalten, Impulse zu kontrollieren und sich mit anderen fair auseinanderzusetzen.

3. Erwachsenenbildung im Fachbereich Forensische Psychiatrie

Ziele schulischer Förderung sind es, durch die Vermittlung von Wissen und Fertigkeiten und durch die Entwicklung individueller Fähigkeiten, die Möglichkeiten einer Teilhabe am Leben in der Einrichtung und ggf. später in der Öffentlichkeit zu erweitern, Orientierungs- und Lebenshilfen für eine Bewältigung des Alltags bereitzustellen, um so auch die negativen Folgen einer längerfristigen Unterbringung zu verringern. Außerdem sollen Voraussetzungen für den Erwerb beruflicher Qualifikationen geschaffen werden, was besonders angesichts der zunehmenden Zahl jüngerer Erwachsener in der Forensik von Bedeutung ist.

Das breite Unterrichtsspektrum verteilt sich auf die drei Schwerpunkte: Allgemeinbildender Unterricht (z. B. Alphabetisierung, Deutsch als Zweitsprache, Elementarunterricht, schulabschlussbezogener Stützunterricht und Leseförderung), vorbereitende und begleitende Maßnahmen im Rahmen einer Berufsausbildung/Berufsorientierung und freizeitorientierte Angebote (z. B. PC-Kurse, Gitarrenunterricht, Patientenzeitung, Kochtraining, Theaterbesuche, Radfahrführerschein, Angebote zur politischen Bildung, Malgruppe).

4. Angehörigengruppe

Familien, in denen ein Angehöriger psychisch krank geworden ist, haben oftmals große Probleme, diese Situation zu bewältigen. Für die Familie psychisch kranker Straftäter ist die Belastung in gewisser Weise doppelt so groß, da hier zu der psychischen Erkrankung die Straffälligkeit des Angehörigen hinzugetreten ist.

In der Angehörigengruppe wird einerseits über die unterschiedlichen Krankheits- und Störungsbilder und über die Bedingungen der Unterbringung im Maßregelvollzug informiert: Was passiert im Maßregelvollzug? Was bedeutet es, an einer bestimmten psychiatrischen Erkrankung zu leiden? Wie soll und kann ich den Kontakt jetzt noch gestalten?

Andererseits wird den Angehörigen Mut gemacht, sich über die eigenen Erfahrungen in der Rolle des Angehörigen eines psychisch kranken Straftäters auszutauschen: Wie gehe ich mit Wut, Trauer, Entsetzen, Angst um? Fühle ich mich verantwortlich? Wie reagieren Nachbarn und Freunde?

Die Angehörigengruppe wird im Wechsel geleitet von zwei Fachärzten, einem Dipl.-Pädagogen und einem Dipl.-Sozialarbeiter der Abteilung. Sie trifft sich vierteljährlich in einem Gruppenraum der Klinik außerhalb der Forensischen Abteilungen.

D: Kommunikationsstrukturen im Fachbereich

1. Besprechungswesen

Ergänzung findet die Fokussierung auf die Behandlung der Patienten durch Kommunikationsstrukturen, in denen die wesentlichen Informationen allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Abteilungen zur Verfügung stehen und die eine gemeinsame Sprache sowie Vorstellungen über die Arbeit entwickeln und reflektieren helfen.

Dazu gehören bspw. Fallvorstellungen oder die Präsentation von Ergebnissen einzelner Qualitätszirkel in Abteilungskonferenzen. Auf der stationären Ebene ist die Behandlungsplankonferenz das Instrument, mit dem die Behandlung gesteuert und die Erkenntnisse/Ergebnisse der einzelnen therapeutischen Bemühungen zusammengeführt werden (Therapie- und Eingliederungsplan).

Elemente des Besprechungswesens sind die Fachbereichskonferenz (Vertreterinnen und Vertreter aller in den Behandlungsprozess involvierten Berufsgruppen beider forensischer Abteilungen), Abteilungskonferenzen (pflegerisch/therapeutisch/gemeinsam), Teambesprechungen, Fallbesprechungen, Behandlungsplankonferenzen und Übergaben. Neben behandlungsrelevanten Aspekten werden in den Besprechungen auch organisatorische und sicherheitsrelevante Fragestellungen thematisiert.

2. Supervision

Die Arbeit mit forensischen Patienten bedeutet oftmals eine hohe affektive Belastung für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Behandlungsteams. Der Konflikt zwischen Verwahrung und Behandlung ist strukturell angelegt. Aus der Außenperspektive erfährt die Arbeit wenig Wertschätzung, sondern sie begegnet Misstrauen und Ablehnung. Schließlich ist die Tätigkeit im Maßregelvollzug mit Eingriffen in Persönlichkeitsrechte der Patienten verbunden, was einer beständigen selbstkritischen Reflexion bedarf.

Nachvollziehbare Verarbeitungsmodi im Sinne von Überengagement, aber auch Überdistanzierung verstellen zum Teil die Sicht auf die Möglichkeiten der Verbesserung der Zusammenarbeit im Team und mit dem Patienten. Die Störungsbilder der Patienten beeinflussen nicht nur das intrapsychische Erleben der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, sondern auch die interpersonalen Beziehungen im Team und die Gestaltung des Stationsregelwerks. Supervision hat in diesem Kontext im Wesentlichen folgende zwei Aufgaben:

- Reflektion organisatorischer Aspekte (Konzepte, Regelwerk, Arbeitsbedingungen)
- Fallarbeit (Reflektion von Kompetenzen und Psychopathologie einzelner Patienten sowie der Beziehungsgestaltung bzw. -dynamik im Behandlungskontext).

