



**KLINIK FÜR FORENSISCHE PSYCHIATRIE
UNIVERSITÄTSMEDIZIN ROSTOCK
JAHRESBERICHT 2023**

Erstellt am 30.08.2024

Autorinnen:

Anita Lädke QMB / Gesundheitsökonomin MA

Prof. Dr. med. Birgit Völlm PhD MRCPsych DiplForPsych

INHALTSVERZEICHNIS

Abbildungsverzeichnis	4
Hintergrund.....	1
1 Strukturen.....	2
1.1 Allgemeine Informationen	2
1.1.1 Rechtliche Grundlagen.....	2
1.1.2 Alleinstellungsmerkmale des Rostocker Maßregelvollzugs	3
1.2 Besondere Herausforderungen im MRV	3
1.3 Organisationsstrukturen.....	4
1.3.1 Leitungsstrukturen	5
1.3.2 Stationen.....	5
1.4 Behandlungsphasen	6
1.5 Zuständigkeiten	6
1.6 Leitbild	6
2 Behandlung und Rehabilitation	9
2.1 Diagnostik.....	9
2.2 Behandlungsplanung	10
2.3 Behandlungsmethoden	11
2.3.1 Medizinische Versorgung.....	11
2.3.2 Psychologische und psychotherapeutische Interventionen	12
2.3.3 Soziomilieuthérapie.....	14
2.3.4 Pflegerische Angebote	14
2.3.5 Ergotherapeutische Angebote.....	15
2.3.6 Sport- und physiotherapeutische Interventionen	17
2.3.7 Beschulung	18
2.3.8 Sozialdienst	19
2.3.9 Genesungsbegleitung	19
2.4 Seelsorge	20
2.5 Lockerungen im MRV	20
2.6 Forensische Nachsorge	22
3 Patientinnen und Patienten.....	23
3.1 Belegungsdaten.....	23
3.2 Patientinnen-/Patientenpopulation	25
4 Personal	28

4.1	Planstellen	28
4.2	Laufende berufliche Qualifikationen	29
4.3	Teilnahme an verpflichtenden internen Weiterbildungen	30
4.4	Weitere Weiterbildungsveranstaltungen	32
4.5	Supervisionen	34
5	Sicherheit	34
5.1	Grundsätze	35
5.2	Besondere Vorkommnisse	35
5.3	Zwangsmaßnahmen	36
6	Qualitätsmanagement	38
6.1	Qualitätskriterien und Dimensionen	39
6.2	Effektives Qualitätsmanagement	41
6.3	Beschwerdemanagement	42
6.4	Kontinuierliche Verbesserungen/Klinikbereich	45
7	Forschung & Lehre	46
8	Klinikbeirat und Öffentlichkeitsarbeit	53
9	Ausblick	53
9.1	Patientinnen-/Patientenorientierung	53
9.2	Mitarbeiterinnen-/Mitarbeiterorientierung	54
9.3	Bauliche Gegebenheiten	54
10	Fazit	55

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abb. 1: Organigramm.....	4
Abb. 2: Stationen mit fachlichen Schwerpunkten	5
Abb. 3: Leitbild der Klinik für Forensische Psychiatrie Rostock	8
Abb. 4: Gruppenangebote.....	14
Abb. 5: Ergotherapeutische Angebote	16
Abb. 6: Prämierungssätze.....	16
Abb. 7: Sportangebote	17
Abb. 8: Schulungsangebote	18
Abb. 9: Keine Lockerungsstufe bis Stufe 10.....	21
Abb. 10: Lockerungsstufen gruppiert	22
Abb. 11: Minimum – Maximum Belegung/Unterbringungsgrundlage	24
Abb. 12: Tagesbelegung pro Unterbringungsgrundlage	24
Abb. 13: Unterbringung Tagesbelegung nach Geschlecht	25
Abb. 14: Klinische Neuaufnahmen	25
Abb. 15: Klinikdiagnosen gem. ICD-10 in Bezug auf die Unterbringung	26
Abb. 16: Beendigungen der Maßregel/Aufenthaltsdauer.....	27
Abb. 17: Unterbringungsgrundlagen und Entlassorte.....	28
Abb. 18: Klinisches Personal	28
Abb. 19: Ambulant tätiges Personal.....	29
Abb. 20: Personal in Forschung & Lehre.....	29
Abb. 21: Laufende berufliche Qualifikationen	30
Abb. 22: Mitarbeitergespräche und Pflichtweiterbildungen	31
Abb. 23: Montags-Fortbildungen.....	31
Abb. 24: Weitere interne Fort- bzw. Weiterbildungen	32
Abb. 25: Weitere Weiterbildungen.....	33
Abb. 26: Teilnahmen an Weiterbildungen mit eigenen Vorträgen.....	33
Abb. 27: Supervisionen.....	34
Abb. 28: Meldepflichtige Vorkommnisse	35
Abb. 29: Trend der Zwangsmaßnahmen.....	36
Abb. 30: Zeiträume der Separierungen im eigenen Zimmer	37
Abb. 31: Zeiträume der Krisenraumunterbringungen.....	37
Abb. 32: Zeiträume der Fixierungen.....	38
Abb. 33: Beschwerdepersonen und Beschwerden pro Station.....	43
Abb. 34: Beschwerdehäufigkeit pro Beschwerdeperson	43

Abb. 35: Beschwerdegründe.....	44
Abb. 36: Bearbeitungszeiten aller 94 Beschwerden	45
Abb. 37: Publikationen des Forschungsteams	48
Abb. 38: Kongressteilnahmen	52
Abb. 39: Interne Veranstaltungen an der UMR.....	52
Abb. 40: Informationsabend für Angehörige	53

HINTERGRUND

Seit dem Jahr 2001 realisiert die Klinik für Forensische Psychiatrie Rostock den hoheitlichen Auftrag der Besserung und Sicherung von Patientinnen und Patienten, die aufgrund einer psychischen Erkrankung in Konflikt mit dem Gesetz geraten sind. Sie werden deshalb in spezialisierten, forensischen Einrichtungen (Maßregelvollzug) behandelt. Unterbringungen im Maßregelvollzug (MRV) basieren auf gesetzlichen Bestimmungen, die darauf abzielen, die Sicherheit der Gesellschaft zu gewährleisten und gleichzeitig die Gesundheit und Lebensqualität der Patientinnen und Patienten zu fördern. Das erfordert zusätzlich zu den individuellen Behandlungsaspekten die Beachtung von Sicherheitskriterien.

Die Dauer der forensisch-psychiatrischen Behandlung hängt von der jeweiligen gerichtlichen Anordnung ab. So handelt es sich beispielsweise bei der „Unterbringung in einer Entziehungsanstalt“ (§ 64 Strafgesetzbuch/StGB) in der Regel um ca. zwei Jahre im MRV, während „Unterbringungen in einem psychiatrischen Krankenhaus“ (§ 63 StGB) zeitlich sehr variieren können.

Das klinische und ambulante Setting wird von vielen internen und externen Faktoren beeinflusst, die sich direkt oder indirekt auf die Behandlungsergebnisse auswirken können. Einige interne Faktoren sind beispielsweise die fachlichen Kompetenzen des Personals einschließlich des forensischen Erfahrungswissens der Stationsteams sowie eine verlässliche und empathische Haltung gegenüber den Patientinnen und Patienten. Externe Faktoren können das Umfeld, die Familie oder Freundschaften der Patientinnen und Patienten sein.

Das Jahr 2023 war geprägt von herausfordernden externen Bedingungen wie der anhaltenden COVID-19-Pandemie und unzureichenden räumlichen Bedingungen im klinischen Setting, aber auch von internen Fortschritten in Bezug auf die Behandlungskonzepte, Mitarbeiterschulungen und Reduktion von Zwangsmaßnahmen.

Der inzwischen dritte Jahresbericht demonstriert, dass die Klinik für Forensische Psychiatrie Rostock einen wichtigen Beitrag zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen im MRV in Mecklenburg-Vorpommern leistet und gleichzeitig die Sicherheit in der Gesellschaft gewährleistet. Die Rückblicke und Ausblicke zeigen, wie die Klinik den alltäglichen Herausforderungen im ambulanten und klinischen Setting begegnet und diese proaktiv angeht. So nehmen wir als bundesweit einzige Maßregelvollzugsklinik mit universitärer Anbindung auch die wissenschaftliche Evaluation der Behandlungsprozesse sehr ernst. Durch die fortgesetzte Optimierung von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen der forensisch-psychiatrischen Patientinnen- und Patientenversorgung sowie der Sicherheit von Patientinnen, Patienten und Personal werden wir dem Anspruch einer qualitativ hochwertigen Patientinnen- und Patientenversorgung gerecht. Demzufolge sind wir zuversichtlich, auch im Jahr 2024 und danach erfolgreich zu sein. Grundsätze, wie im Leitbild der Klinik für Forensische Psychiatrie Rostock definiert, treiben uns dabei an.

Vielen Dank an alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Patientinnen und Patienten, die zu unserem Erfolg beigetragen haben.

Prof. Dr. med. Birgit Völlm PhD MRCPsych DiplForPsych
Direktorin
Klinik und Poliklinik für Forensische Psychiatrie

1 STRUKTUREN

1.1 ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Die Klinik für Forensische Psychiatrie Rostock wurde am 16. März 2001 eröffnet. Sie hält 100 Behandlungsplätze für psychisch kranke Straftäterinnen und Straftäter vor. Weitere drei Behandlungsplätze stehen in Form einer therapeutischen Außenwohnung zur Verfügung. Der Klinik ist eine Forensische Institutsambulanz (FIA) in Rostock angegliedert.

1.1.1 RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Die Rechtsgrundlagen für Aufnahmen in den MRV sind vielfältig. Für die Klinik für Forensische Psychiatrie Rostock sind nachfolgende Rechtsgrundlagen relevant:

§ 63 StGB (Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus)

Personen, die aufgrund einer psychischen Erkrankung eine rechtswidrige Tat begangen haben und als schuldunfähig oder vermindert schuldfähig gelten, können gemäß § 63 StGB in einem psychiatrischen Krankenhaus untergebracht werden. Ziel ist die Besserung und Sicherung der betroffenen Person.

§ 64 StGB (Unterbringung in einer Entziehungsanstalt)

Personen, die aufgrund von Suchtmittelmissbrauch straffällig geworden sind, können in einer Entziehungsanstalt untergebracht werden. Ziel ist, die Suchterkrankung zu behandeln und damit das Risiko zukünftiger Delinquenz zu reduzieren.

§ 67h StGB (Befristete Wiederinvolzugsetzung, Krisenintervention)

Während der Dauer der Führungsaufsicht kann das Gericht eine ausgesetzte Unterbringung nach § 63 StGB oder § 64 StGB für eine Dauer von maximal drei Monaten wieder in Vollzug setzen. Voraussetzung ist eine akute Verschlechterung des Zustands der aus der Unterbringung entlassenen Person oder ein Rückfall in ihr Suchtverhalten, und die Maßnahme muss erforderlich sein, um einen Widerruf nach § 67g StGB zu vermeiden.

§ 67g StGB (Widerruf der Aussetzung einer Unterbringung nach § 63 oder § 64 StGB)

Dieser Paragraph regelt die Voraussetzungen und Folgen des Widerrufs der Aussetzung einer Unterbringung nach § 63 oder § 64 StGB. Er enthält auch Fristen und Ausnahmen für den Widerruf sowie die Rechtsfolgen für die verurteilte Person.

§ 7 JGG (Unterbringung nach Jugendstrafrecht)

Auf diesem Paragraphen basiert die Anordnung einer Unterbringung von jugendlichen Straftäterinnen und Straftätern mit psychischen Erkrankungen.

§ 126a StPO (Strafprozessordnung: Einstweilige Unterbringung)

Das Gericht kann mithilfe eines Unterbringungsbefehls die einstweilige Unterbringung in einer MRV-Einrichtung für eine Begutachtung der betreffenden Person anordnen, wenn die öffentliche Sicherheit es erfordert.

Amtshilfe

Eine Unterbringung kann auch im Rahmen von Amtshilfeersuchen erfolgen, wenn JVA-Inhaftierte in einer psychiatrischen Krise kurzzeitig aufgenommen und behandelt werden müssen.

1.1.2 ALLEINSTELLUNGSMERKMALE DES ROSTOCKER MAßREGELVOLLZUGS

Die nachfolgend aufgeführten Alleinstellungsmerkmale unterstreichen die Bedeutung der Klinik für Forensische Psychiatrie Rostock in der Versorgung psychisch kranker Straffälliger und der Weiterentwicklung von Behandlungskonzepten.

Anbindung an eine Universitätsmedizin

Die KFP ist deutschlandweit die einzige Einrichtung im Bereich der forensischen Psychiatrie, die Teil einer Universitätsmedizin ist. Diese Verbindung ermöglicht einen intensiven Austausch zwischen Forschung, Lehre und klinischer Praxis.

Größte forensische Klinik in Mecklenburg-Vorpommern

Die KFP ist die größte der drei forensischen Kliniken im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern. So spielt sie eine zentrale Rolle in der Versorgung psychisch kranker Straffälliger.

Spezialisierte Aufnahme von suchtkranken Patientinnen und Patienten

In Mecklenburg-Vorpommern werden suchtkranke Patientinnen und Patienten ausschließlich im Rostocker Maßregelvollzug aufgenommen. Hier erhalten sie eine spezialisierte Behandlung und Betreuung.

Separate Jugendstation

Als einzige Klinik in Mecklenburg-Vorpommern bietet die Klinik für Forensische Psychiatrie eine Jugendstation mit zehn Behandlungsplätzen an. Hier werden jugendliche Straffällige mit psychischen Erkrankungen ab 14 Jahren betreut und behandelt.

Separate Frauenstation

Die Klinik verfügt über eine separate Frauenstation mit acht Behandlungsplätzen. Dies ermöglicht eine gezielte Versorgung weiblicher Patientinnen.

Genesungsbegleiter für Patientinnen und Patienten nach § 64 StGB

Bundesweit ist die KFP die einzige MRV-Klinik, die für Patientinnen und Patienten, die nach § 64 StGB untergebracht sind (also aufgrund von Suchtmittelmissbrauch straffällig wurden), einen Genesungsbegleiter in Festanstellung beschäftigt. Dieser begleitet die Betroffenen auf ihrem Weg zur Genesung.

1.2 BESONDERE HERAUSFORDERUNGEN IM MRV

Die Kliniken für Forensische Psychiatrie sind keine Gefängnisse, sondern spezialisierte psychiatrische Kliniken. Sie stehen aufgrund der hochkomplexen Vorgeschichten und Erkrankungsbilder der Patientinnen und Patienten sowie der besonderen Anforderungen an die Sicherheit und die Erwartungen der Gesellschaft vor speziellen Herausforderungen.

Patientinnen und Patienten: Patientinnen und Patienten im Maßregelvollzug bringen komplexe Probleme mit. Oft liegt ein Missbrauch in der Vorgeschichte vor. Die psychosoziale Entwicklung ist nicht selten durch Vernachlässigung und häufigen Wechsel von Bezugspersonen und Einrichtungen geprägt. Früher Substanzkonsum und Delinquenz unterbrechen die schulische und berufliche Sozialisation, so dass die Therapie weit mehr umfassen muss als die medizinische Behandlung einer Erkrankung. Durch negative Vorerfahrungen sind die Patientinnen und Patienten oft misstrauisch und nicht immer motiviert, an den therapeutischen Angeboten teilzunehmen. Das Wecken einer

entsprechenden Therapiemotivation ist Teil des Behandlungsauftrags. Weiterhin weist die forensische Psychiatrie eine hohe Anzahl von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund und Schwierigkeiten mit der deutschen Sprache auf, so dass in der Therapie Dolmetscherinnen/Dolmetscher eingebunden bzw. Sprachkurse angeboten werden müssen.

Personal: Im MRV sind spezielles Fachwissen, Erfahrung und, unter Wahrung professioneller Nähe und Distanz, ein hohes Maß an Empathie erforderlich. Die Rekrutierung von qualifiziertem Personal stellt seit einigen Jahren eine zunehmende Herausforderung dar. Eine Möglichkeit, qualifiziertes Personal zu finden, besteht beispielsweise darin, attraktive Mitarbeiterinnen- und Mitarbeiterangebote, z. B. diverse Weiterbildungsangebote, zu schaffen. Auch sind die Einrichtungen des Maßregelvollzugs darauf angewiesen, das Personal in-house zu qualifizieren und zu schulen, um die hochkomplexe Arbeit adäquat ausüben zu können.

Räumliche Ressourcen: Viele Kliniken, so auch die KFP, sind mit begrenzten, oft überalterten und reparaturbedürftigen Räumlichkeiten für therapeutische Maßnahmen sowie für das Personal konfrontiert. Andererseits ist wissenschaftlich nachgewiesen, dass ein geräumiges, wohnliches Umfeld aggressive Verhaltensweisen reduzieren kann.

Es ist zwingend erforderlich, dass die Klinik für Forensische Psychiatrie in Rostock diese Herausforderungen angeht, um eine effektive und sichere Versorgung der Patientinnen und Patienten auch zukünftig gewährleisten zu können.

1.3 ORGANISATIONSSTRUKTUREN

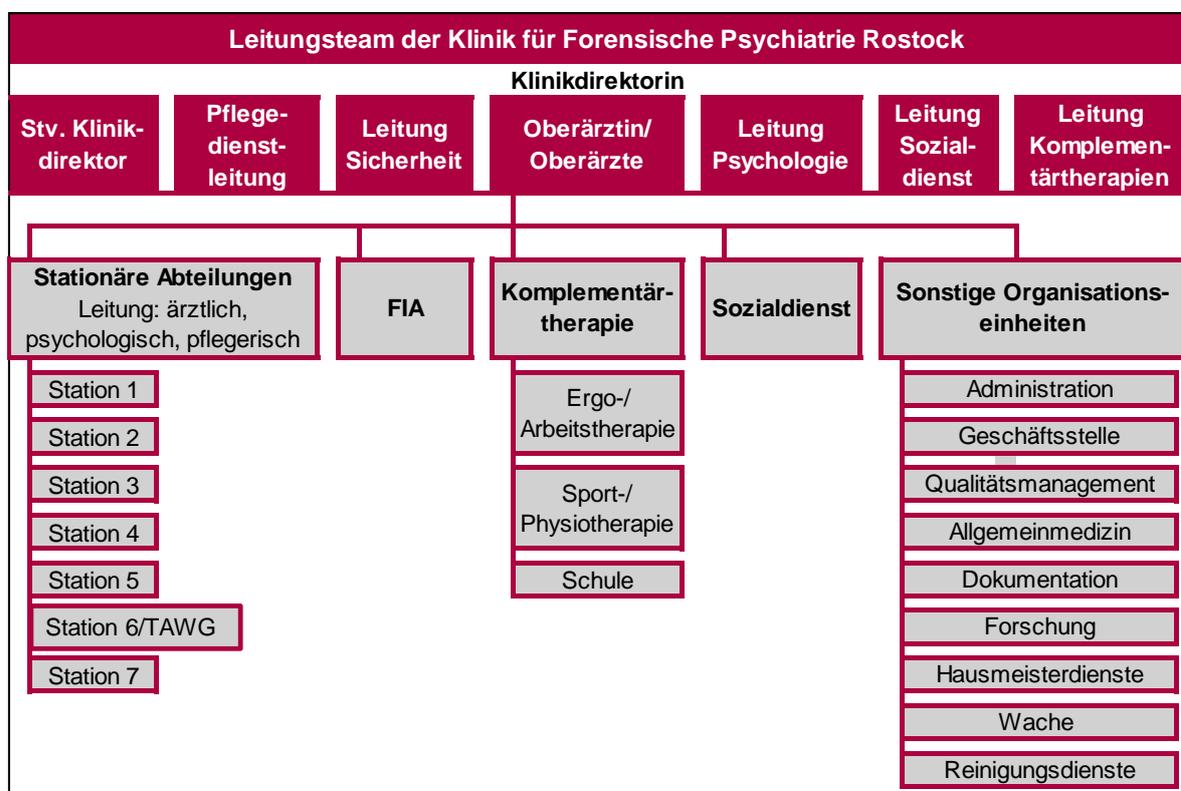


Abb. 1: Organigramm

Legende

FIA: Forensische Institutsambulanz; TAWG: Therapeutische Außenwohnung

Die Organisationsstruktur blieb im Jahr 2023 unverändert, s. Abb. 1. Eine personelle Änderung gab es bei der Leitung des Pflegedienstes. Unsere langjährig aktive Pflegedienstleiterin, Frau Seegers, ging in den Ruhestand. Deren Nachfolge trat Herr Bielesch an.

1.3.1 LEITUNGSSTRUKTUREN

Ärztliche Leitung/Klinikdirektorin

Frau Prof. Dr. med. Birgit Völlm PhD MRCPsych DiplForPsych

Telefon: 0381 494 4800

Fax: 0381 494 4802

E-Mail: birgit.voellm@med.uni-rostock.de

Pflegedienstleitung

Herr Matthias Bielesch

Telefon: 0381 494 4810

E-Mail: Matthias.Bielesch@med.uni-rostock.de

Leiter Sicherheit/Administrator

Herr Harald Ahrendt

Telefon: 0381 494 4850

E-Mail: harald.ahrendt@med.uni-rostock.de

Weitere Kontaktmöglichkeiten bzw. allgemeine Informationen entnehmen Sie bitte der Homepage der Forensik Rostock <https://www.forensik.med.uni-rostock.de> bzw. dem [Twitteraccount @ForensicRostock](#).

1.3.2 STATIONEN

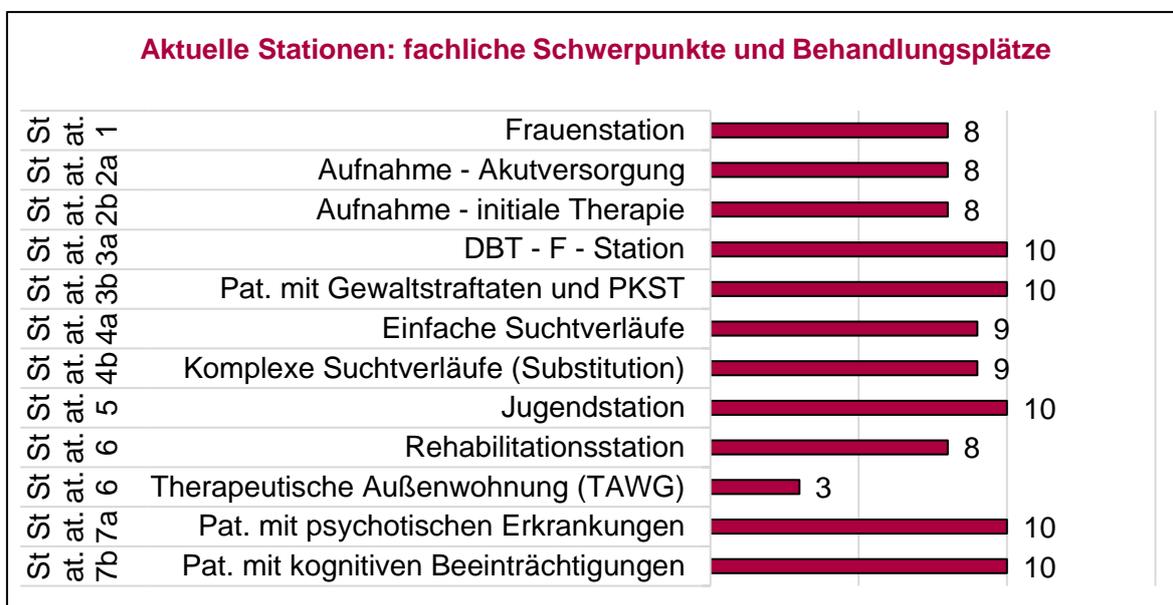


Abb. 2: Stationen mit fachlichen Schwerpunkten

Legende:

Pat. für Patienten; PKST für Persönlichkeitsstörungen

Patientinnen und Patienten im MRV haben unterschiedliche Störungsbilder und Delikte. Daraus resultieren unterschiedliche Behandlungsbedürfnisse, die differenzierte Interventionen erfordern. Für jede untergebrachte Person wird die am besten geeignete evidenzbasierte Behandlung angewendet. Eine differenzierte Behandlung kann dazu

beitragen, die Sicherheit im MRV zu erhöhen, da speziell ausgerichtete Stationen auf die speziellen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten ausgerichtet sind und das Personal eine Kompetenz im Umgang mit spezifischen Gruppen entwickelt (Querengässer et al., 2017).

1.4 BEHANDLUNGSPHASEN

Im MRV gibt es verschiedene Behandlungsphasen, die aufeinander aufbauen. Die Dauer einer Behandlungsphase hängt u. a. von der Art und der Schwere der Erkrankung ab.

Aufnahmephase: Die Behandlung beginnt mit der Aufnahme und einer umfassenden (Eingangs-)Diagnostik, an der Personal aus den multiprofessionellen Bereichen wie ärztlicher und psychologischer Dienst, Sozialdienst, Pflegebereich und der Bereich der Komplementärtherapien beteiligt sind. Die Aufnahmephase beinhaltet im weiteren Verlauf indizierte Akutbehandlungen sowie die gemeinsame Erarbeitung eines individuellen Behandlungsplans mit der Patientin bzw. dem Patienten. In der Regel dauert die Aufnahmephase etwa drei Monate.

Behandlungsphase: In der Behandlungsphase erfolgen spezielle, auf die Patientin bzw. den Patienten zugeschnittene Interventionen, s. u. Punkt 2: Behandlungsmethoden. Jeder Behandlungsplan wird regelmäßig evaluiert, beispielsweise bei unter § 64 StGB Untergebrachten alle sechs Monate bzw. bei nach § 63 StGB untergebrachten Personen einmal jährlich. Graduelle Lockerungen sind, sowohl in der Behandlungsphase als auch in der folgenden Reintegrationsphase, ein wichtiger Bestandteil des Therapie- und Rehabilitationsplans.

Reintegrationsphase: In der Reintegrationsphase wird auf Vorbereitungen zur Entlassung fokussiert, d. h. es werden zunehmend Maßnahmen zur Außenorientierung sowie Belastungserprobungen begleitet. Hierzu gehören beispielsweise die Organisation und Inanspruchnahme von Praktika, die Suche nach einer Wohnung oder einer geeigneten Anschlusseinrichtung sowie der Aufbau eines prosozialen Umfeldes.

Nachsorgephase: Nach einer Entlassung aus dem klinischen Setting wird in der Regel eine Führungsaufsicht angeordnet. Dabei handelt es sich um eine ambulante Nachbetreuung in der Forensischen Institutsambulanz (FIA), üblicherweise für bis zu fünf Jahre. Ziel ist eine weitere Betreuung der Patientinnen bzw. der Patienten, um sicherzustellen, dass diese sich gut in ihr soziales Umfeld integrieren können und bei eventuellen Risiken frühzeitig interveniert werden kann.

1.5 ZUSTÄNDIGKEITEN

Die Zuständigkeit für den Maßregelvollzug (MRV) in Deutschland liegt bei den Bundesländern. In Mecklenburg-Vorpommern und damit für die KFP bilden das Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit in Mecklenburg-Vorpommern bzw. für Sicherheitsfragen das Justizministerium die Fachaufsicht.

1.6 LEITBILD

Das Leitbild (2019) legt die Werte, Ziele und Visionen der Klinik für Forensische Psychiatrie Rostock offen. Das Leitbild (s. Abb. 3) dient dem Personal als Orientierungshilfe und macht den Patientinnen und Patienten etc. unsere Werte und Ziele transparent.

Leitbild der Klinik für Forensische Psychiatrie

Unsere Aufgabe

Als Maßregelvollzugseinrichtung ist unsere gesetzliche Aufgabe die „Besserung und Sicherung“ der in unserer Klinik untergebrachten Patienten. Diese Unterbringung erfolgt aufgrund einer psychischen Erkrankung, die mit der Straffälligkeit des Patienten im Zusammenhang steht. Unser Schwerpunkt liegt auf der Behandlung von Patienten mit Suchterkrankungen, aber auch Patienten mit anderen Diagnosen können in unserer Klinik aufgenommen werden. Jugendliche und junge Erwachsene werden auf einer für diese Gruppe spezialisierten Station behandelt.

Im Zentrum der Behandlung stehen die Diagnose und Therapie der vorliegenden psychischen Erkrankungen sowie eine genaue Analyse und Behandlung der Faktoren, die zur Straffälligkeit geführt haben (Risikomanagement). Die Behandlung findet in einem gesicherten Rahmen statt, der diese oft erst möglich macht und den Schutz der Bevölkerung vor weiteren Straftaten gewährleisten soll. Therapie und Sicherung sehen wir als gleichbedeutende Aufgaben an.

Wir sehen unseren Behandlungsauftrag jedoch weiter gefasst: Wir wollen unseren Patienten helfen, ihre Probleme und Schwierigkeiten zu bewältigen und, im Rahmen ihrer Fähigkeiten, Fertigkeiten und Bedürfnisse, ihr individuelles Potential zu erreichen. Letztlich ist es unser Ziel, die Patienten wieder in die Gesellschaft zu integrieren und ihnen ein selbstbestimmtes, erfülltes sowie straffreies Leben in Freiheit zu ermöglichen. Hierzu erfolgt parallel zum fortschreitenden Therapieerfolg eine graduelle Lockerung der gesicherten Unterbringung, z. B. durch Ausgänge und Außenaktivitäten. Die Behandlung setzt sich im Rahmen unserer forensischen Institutsambulanz auch nach der Entlassung fort.

Leitmotive unserer Arbeit

Wir sind eine Klinik und kein Gefängnis. Unsere Aufgabe ist die therapeutische Begleitung und Hilfestellung, nicht die Bestrafung.

Wir sind davon überzeugt, dass jeder Mensch sich entwickeln und verändern kann. Jeder verdient die Chance auf einen Neuanfang. Wir holen unsere Patienten da ab, wo sie gerade stehen und geben ihnen Hoffnung, dass sie ihr Leben verbessern können.

Unser Menschenbild ist ganzheitlich ausgelegt, d. h. wir berücksichtigen körperliche, seelische und geistige Aspekte.

Unsere Arbeit orientiert sich zum einen an der unantastbaren Menschenwürde, zum anderen an den Menschenrechten. Dies bedeutet, dass wir unsere Patienten als selbstbestimmte Individuen sehen, denen wir mit Respekt, Akzeptanz und Wertschätzung, aber auch konsequent begegnen.

Patientenorientierung

Im Hinblick auf die therapeutische Arbeit bedeuten diese Grundsätze, dass wir Entscheidungen nicht für oder über, sondern mit den Patienten treffen. Die Behandlung basiert auf einem individuellen, auf den jeweiligen Patienten zugeschnittenen und mit diesem gemeinsam entwickelten Behandlungsplan. Dabei wird der Reflexion des Patienten in Bezug auf sein Suchtverhalten, seine Straftaten sowie seine Werte und Normen besondere Bedeutung beigemessen. Die Behandlung umfasst sowohl die Verminderung von Risikofaktoren als auch die Stärkung der Ressourcen des Patienten. Wenn möglich, beziehen wir auch das soziale Umfeld in die Therapie mit ein.

Die Unterbringung in einer Maßregelvollzugseinrichtung geht notwendigerweise mit bestimmten Einschränkungen der Selbstbestimmung einher. Diese müssen jedoch auf konkreten rechtlichen Grundlagen beruhen, notwendig, verhältnismäßig und nachvollziehbar sein. Dies bedeutet, dass wir Patienten nicht mehr als unbedingt notwendig, z. B. zur Abwehr von Gefahren und zum Erhalt der Sicherheit, in ihrem Selbstbestimmungsrecht einschränken. Wir haben hierzu detaillierte Richtlinien und arbeiten durch Dokumentation als auch Überwachung aktiv und gezielt auf eine Abnahme von Einschränkungen und Zwangsmaßnahmen hin.

Wir suchen nach Wegen, wie wir die Patienten nicht nur in die eigene Behandlung, sondern auch in die Abläufe auf den Stationen und der Klinik als Ganzem einbeziehen können.

Unsere Mitarbeiter

Wir arbeiten im multiprofessionellen Team, in dem Mitarbeiter aller Berufsgruppen mit ihren sich ergänzenden Erfahrungen kooperativ zusammenarbeiten.

Der Umgang mit unseren Patienten erfordert ein hohes Maß an Professionalität. Daher legen wir großen Wert auf die regelmäßige Weiterbildung unserer Mitarbeiter, intern und extern, sowie auf den Austausch mit anderen Einrichtungen im In- und Ausland. Hieraus ergeben sich auch Anregungen zur Weiterentwicklung unserer Konzepte.

Die Arbeit mit unseren Patienten kann belastend sein. Daher ist es wichtig, dass die Mitarbeiter die Auswirkungen ihrer Arbeit auf sich selbst sowie den Einfluss ihrer eigenen Verhaltensweisen auf das therapeutische Klima in einem unterstützenden Rahmen reflektieren können. Dies geschieht in regelmäßigen Supervisionen.

Unsere Mitarbeiter haben auch Vorbildfunktion, z. B. durch den konstruktiven und sachlichen Umgang mit Kritik und den wertschätzenden Umgang miteinander.

Leitung

Das multiprofessionelle Leitungsteam hat eine besondere Verantwortung für das Erreichen der Ziele der Klinik unter Berücksichtigung der tragenden Werte. Als Leitungsteam wollen wir auch Vorbild sein für den respektvollen und offenen Umgang miteinander.

Wir streben einen partizipativen Führungsstil an, wobei Mitarbeiter einbezogen und an Entscheidungen beteiligt werden. Wir streben nach größtmöglicher Transparenz und wollen Veränderungen gemeinsam mit den Mitarbeitern erreichen. Wir suchen aktiv den Dialog und begrüßen Ideen und Verbesserungsvorschläge von Mitarbeitern.

Qualitätsmanagement

Die Messung der Qualität unserer Arbeit ist für uns selbstverständlich. Hierzu haben wir ein Qualitätsmanagementteam, dessen Aufgabe es ist, Qualitätskriterien für unsere Klinik zu entwickeln,

diese Indikatoren regelmäßig zu messen und die Ergebnisse zu kommunizieren. Längerfristig streben wir die Zertifizierung unserer Klinik, z. B. nach dem KTQ-System (Kooperation für Transparenz und Qualität), an.

Bei der Qualitätskontrolle berücksichtigen wir verschiedene Kriterien, vom Einhalten von Betriebsprozessen bis hin zur Legalbewährung unserer Patienten. Wir führen regelmäßige Befragungen der Patienten zu ihrer Zufriedenheit mit der Behandlung in unserer Klinik durch. Selbstverständlich können sich unsere Patienten sowohl intern als auch extern beschweren; wir sehen dies nicht als Bedrohung, sondern als Möglichkeit, unsere Arbeit weiter zu verbessern.

Durch die enge Anbindung an die Universität und unser eigenes Forschungsteam haben wir exzellente Möglichkeiten, unsere Arbeit auch wissenschaftlich zu evaluieren. Aufgrund dieser Ergebnisse und der internationalen Literatur entwickeln wir unsere Konzepte immer weiter.

Abb. 3: Leitbild der Klinik für Forensische Psychiatrie Rostock

2 BEHANDLUNG UND REHABILITATION

Das primäre Ziel der Behandlung im MRV ist die Prävention erneuter Straffälligkeit. Hierbei sind den therapeutischen Maßnahmen diagnostische Schritte vorgeschaltet, die je nach Kontext und individuellem Fall variieren können.

2.1 DIAGNOSTIK

Bei einer stationär aufgenommenen Person erfolgen zunächst eine Anamneseerhebung sowie eine Erfassung des körperlichen Status. Die Kenntnis der Krankengeschichte, der Symptome und der Risikofaktoren wird nachfolgend um eine umfassende psychiatrische Untersuchung ergänzt. Deren Ziel ist, mit Hilfe von Interviews, Fragebögen und psychometrischen Tests psychische Störungen zu identifizieren, während die psychologischen Untersuchungen beispielsweise auf die Bewertung von Intelligenz, Persönlichkeit und kognitiven Fähigkeiten fokussieren.

Für die Risikoeinschätzung und das Risikomanagement werden u. a. die nachfolgend aufgeführten Konzepte angewendet, die diesbezüglich miteinander in Verbindung stehen.

Delikthypothese: Patientenbezogene Informationen lassen Annahmen zu, die Rückschlüsse auf die Dynamik von intrapersonellen und situativen Merkmalen¹ zu delinquentem Verhalten ermöglichen. Diese Informationen sind für eine individuelle Behandlungsplanung wesentlich, da individuell relevante Risikofaktoren auch für das Risikomanagement und Rückfallpräventionspläne genutzt werden.

HCR-20 (Historical, Clinical, Risk Management): Dieses international am häufigsten benutzte Risikoeinschätzungsinstrument, der *HCR-20 V3* (deutsche Übersetzung Müller-Isberner et al., 2014), wurde speziell für Personen, die Gewaltstraftaten begangen haben, entwickelt. Hierbei geht es im Rahmen einer individuellen Fallkonzeptionalisierung primär um die Identifizierung und Berücksichtigung relevanter historischer, klinischer und risikomanagementbezogener Risikofaktoren, d. h. um jene, die einen Rückfall in die Delinquenz begünstigen können und daher in der Behandlung adressiert werden müssen.

Das RNR-Modell: Dieses Modell besagt, dass bei der Behandlung von psychisch kranken Straftätern und Straftäterinnen drei Prinzipien Beachtung finden müssen: Risk, Need und Responsivity.

Das *Risikoprinzip* bezieht sich auf die Höhe des Risikos. Ziel ist die Anpassung der Behandlungsintensität an das Risikolevel, d. h. Personen mit einem höheren Risiko sollte eine intensivere Behandlung zukommen etc.

Das *Bedürfnisprinzip* (NEEDS) betrifft kriminogen dynamische Faktoren, die mit den Straftaten im Zusammenhang stehen. In der Therapie sind diese Faktoren zu behandeln und zu reduzieren.

Das *Ansprechbarkeitsprinzip* (RESPONSIVITY) schließlich besagt, dass die Therapie die individuelle Ansprechbarkeit der Patienten und Patientinnen berücksichtigen muss, so z. B. die kognitive Leistungsfähigkeit oder die Motivation (Stück & Brunner; 2022).

¹ Intrapersonelle Merkmale sind jene Eigenschaften, die sich auf das individuelle Leben einer Person beziehen. Das betrifft die Beobachtung und die Reflexion eigener Verhaltensweisen und Emotionen, das Bewusstsein für Gefühle und Gedanken, die Träume, die Pläne, die Ziele etc. Im Gegensatz dazu beschreiben situative Merkmale die Situation, in der sich eine Person befindet. Sie nehmen Einfluss auf das Verhalten in bestimmten Situationen, die physische Umwelt bzw. soziale Kontakte betreffend.

2.2 BEHANDLUNGSPLANUNG

Im forensischen Setting muss eine Behandlungsplanung, will sie dem Anspruch eines erfolgreichen Behandlungsergebnisses gerecht werden, die spezifischen Bedürfnisse von Straftäterinnen und Straftätern mit ihren psychischen Störungen einbeziehen.

Unsere psychisch schwer erkrankten Patientinnen und Patienten haben häufig einen komplexen Hilfebedarf, der einen vom Behandlerinnen- und Behandlungsteam mit ihnen abgestimmten, individuellen Behandlungsplan in schriftlicher Form voraussetzt. Mit der Einbeziehung psychisch kranker Personen werden das im Grundgesetz verankerte Recht auf Selbstbestimmung sowie das Prinzip des „shared decision making“ des Patientengesetzes bereits bei der Erstellung eines individuellen Behandlungsplanes realisiert.

Bei der Durchführung der Diagnostik sowie der Behandlungsplanung ist zwingend, ein multiprofessionelles Vorgehen anzuwenden. Ein multiprofessionelles Team besteht aus Ärztinnen/Ärzten, Therapeutinnen/Therapeuten, Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeitern, Personal der Komplementärtherapien sowie Pflegepersonal. Dadurch kommen den mit multiplen psychosozialen Faktoren belasteten Patientinnen und Patienten Wissen und Erfahrungen aus den verschiedenen Fachbereichen sowie der regelmäßige Austausch des Personals zugute.

Die Ergebnisse der (Eingangs-)Diagnostik sind essentiell. Daraus abgeleitete individuelle Behandlungsziele und erforderliche Maßnahmen münden in einen Behandlungsplan. Die vereinbarten Ziele sowie der Umsetzungsgrad der Maßnahmen werden im Rahmen einer partizipativen Entscheidungsfindung an den jeweiligen Therapiestand adaptiert.

Eine Behandlungsplanung, die im Rahmen einer *Aufnahme* in die forensische Klinik erfolgt, wird somit in regelmäßigen Abständen in Form eines *laufenden* Behandlungsplanes validiert und angepasst und im Fall einer *erneuten Aufnahme* (Krisenintervention) mit realistisch erreichbaren Zielen bis zur Entlassung fortgeschrieben.

Die Gesamtbehandlungsplanung umfasst:

- Angestrebte Behandlungsziele (kurz-, mittel- und langfristig) mit Zuständigkeiten
 - Indikation: Einzel-/Gruppentherapie
 - Geplante Gruppen
 - Medizinisch-psychiatrische Maßnahmen (beispielsweise geplante Konsile und Medikation)
 - Soziumilieuthérapie
 - Komplementärtherapie
 - Pädagogische Maßnahmen
 - Sozialtherapie
- Angestrebte Lockerungen
- Einbeziehung von Angehörigen in die Behandlungsmaßnahmen

Die Zielvorgabe, die Eingangsdiagnostik und die initiale Behandlungsplanung innerhalb der ersten acht Wochen nach Aufnahme zu erstellen, wird nach wie vor nicht immer erreicht. Allerdings hat sich die Qualität der Diagnostik und Behandlungsplanung durch schriftliche Vorgaben bzgl. der Strukturierung und der Inhalte deutlich verbessert.

2.3 BEHANDLUNGSMETHODEN

Das PsychischKrankengesetz (PsychKG M-V) regelt die Unterbringung von psychisch Kranken, inklusive solcher, die im Zusammenhang mit Straftaten unter den Regelungen des StGB, der StPO sowie des JGG untergebracht sind. Die Grundsätze dieses Gesetzes, z. B. die umfassende medizinische und psychosoziale Betreuung mit dem Ziel der Wiedereingliederung in die Gesellschaft, gelten damit ebenso für die Patientinnen und Patienten der KFP.

Die Grundlage der psychiatrischen Kriminaltherapie im MRV in Rostock besteht aus verschiedenen therapeutischen Maßnahmen:

- Medizinische Versorgung: Allgemeinmedizinische und psychiatrische Versorgung
- Psychologische und psychotherapeutische Interventionen: Einzel- und Gruppen-setting
- Sozio- und Milieuthapie
- Pflegerische Angebote
- Ergotherapeutische Angebote
- Sport- und physiotherapeutische Interventionen
- Beschulung
- Sozialdienst
- Genesungsbegleitung
- Seelsorge
- Lockerungen
- Forensische Institutsambulanz

2.3.1 MEDIZINISCHE VERSORGUNG

Allgemeinmedizinische Versorgung

An der KFP ist ein Allgemeinmediziner angestellt, der neu aufgenommene Patientinnen und Patienten allgemeinmedizinisch untersucht bzw. in der Hausarztfunktion aktiv ist.

Werden Leistungen benötigt, die eine ärztliche Behandlung außerhalb der Allgemeinmedizin bzw. Psychiatrie erfordern, werden externe Leistungserbringer, in der Regel die Universitätsmedizin Rostock, in den Behandlungsprozess mit eingebunden.

Zur innerklinischen (Not-)Versorgung steht folgende Medizintechnik zur Verfügung:

- Ein EKG-Gerät
- Ein Perfusor (Spritzenpumpe)
- Eine Sauerstoffflasche
- Zwei Defibrillatoren (Schockgeber) sowie
- Vier medizinische „Standard-Notfallkoffer Uni Rostock“

Psychiatrische Versorgung

Jede Patientin bzw. jeder Patient ist sowohl im Rahmen des Aufnahmeprozesses als auch fortlaufend in ärztlich-psychiatrischer Betreuung bzw. in Behandlung.

Nach einer genauen Diagnosestellung wird entschieden, ob eine medikamentöse Therapie angezeigt ist. Ist dem so, kann das beispielsweise die Verabreichung von Psychopharmaka wie Antidepressiva, Antipsychotika bzw. Stimmungsstabilisatoren umfassen. Eine medikamentöse Therapie wird in der Regel von psychotherapeutischen Maßnahmen begleitet. Auch hier ist eine multiprofessionelle Zusammenarbeit entscheidend.

Ist eine suchtmmedizinische Behandlung indiziert, wird zwischen einer körperlichen Entgiftung bzw. einer qualifizierten Entzugs- und Entwöhnungstherapie differenziert. Insbesondere in der Aufnahmephase ist bei Patientinnen und Patienten mit einer Substanzkonsumstörung mit Entzugssymptomen eine symptomgesteuerte, medikamentengestützte Entzugsbehandlung angezeigt.

Bei Opiatabhängigkeit wird leitliniengerecht eine Substitutionstherapie, in der Regel mit beispielsweise Polamidon oder Buprenorphin, angeboten. Letzteres kann auch in Depotform verabreicht werden. Opiatsubstitutionstherapie hat nachweislich positive Ergebnisse im Hinblick auf die psychosoziale Wiedereingliederung und die Reduktion von Kriminalität (Leune & Weissinger, 2015).

2.3.2 PSYCHOLOGISCHE UND PSYCHOTHERAPEUTISCHE INTERVENTIONEN

Psychologische und psychotherapeutische Interventionen basieren auf einer speziellen Gesprächsführung, dem *Motivational Interviewing*, mit dem Ziel, mögliche Ambivalenzen zu identifizieren und die intrinsische Motivation sowie die individuelle Veränderungsbereitschaft der Patientinnen und Patienten zu fördern.

Die psychologischen und psychotherapeutischen Interventionen werden in Einzelgesprächen wie auch im Gruppensetting vorgehalten. Sie finden gemäß dem RNR-Prinzip statt.

Einzeltherapien

Die psychotherapeutische Einzeltherapie ist eine Form der Psychotherapie, die sich auf die individuelle Behandlung einer Patientin bzw. eines Patienten konzentriert. Im Rahmen der Einzeltherapie können unterschiedliche Techniken angewendet werden, um die Betroffenen bei der Bewältigung ihrer Probleme zu unterstützen. In der KFP werden vorwiegend kognitiv-verhaltenstherapeutische Techniken eingesetzt, da für diese Methode die beste Evidenzbasis besteht.

In der KFP richtet sich die Frequenz der einzeltherapeutischen Interventionen nach den Behandlungsbedürfnissen, im Einklang mit der Behandlungsplanung. In der Regel haben die Patientinnen und Patienten wöchentlich ein psychotherapeutisches Einzelgespräch, in Belastungssituationen bei Bedarf mehrere Gespräche und zum Ende der Therapie ggf. weniger frequentierte Gespräche.

In den Einzelgesprächen liegt der Fokus beispielsweise auf:

- Psychoedukation
- Vermittlung von Fertigkeiten, wie zur Emotionsregulation etc.
- Biografiearbeit
- Suchtbearbeitung
- Straftatbearbeitung

Bei der Psychoedukation handelt es sich um eine Maßnahme, die Wissen über psychische Gesundheit, Risikofaktoren und Bewältigungsstrategien vermitteln soll. Ziel ist, eigene Verhaltensmuster besser zu verstehen und reflektieren zu können.

Die Vermittlung von Fertigkeiten wie zur Emotionsregulation etc. bezieht sich im MRV konkret auf das Emotionsbewusstsein, das Emotionsverständnis, die Emotionsregulation sowie die Vermeidung von impulsivem Verhalten. Das dient der Verbesserung der psychischen Gesundheit sowie der Verhinderung von Konflikten und zur Vorbereitung auf das Leben nach der Therapie im MRV.

Mit der Biografiearbeit werden die Selbstreflexion, das Verständnis für die eigene Geschichte und die Entwicklung von Bewältigungsstrategien gefördert.

Gruppentherapien

Bei den Gruppenangeboten wird zwischen stationsinternen und stationsübergreifenden Gruppen unterschieden. Deren Inhalte können beispielsweise aktuelle, suchttherapeutische, störungsspezifische oder kriminaltherapeutische Themen umfassen.

Stationsübergreifende Gruppenangebote umfassen:

- Rückfallprophylaxegruppe Alkohol
- Rückfallprophylaxegruppe Drogen
- R & R (Reasoning & Rehabilitation-Programm)
- DBT (Dialektisch-Behaviorale Therapie)
- SEKT (Soziales und Emotionales Kompetenztraining)
- Psychoedukationsgruppe Psychose

Die *Rückfallprophylaxegruppe* (Alkohol bzw. Drogen) beinhaltet zum einen Psychoedukation zum Effekt von Drogen bzw. Alkohol inklusive Straffälligkeit sowie präventive Strategien, um Rückfälle in delinquentes Verhalten und/oder Substanzkonsum bestmöglich zu verhindern (Lindenmeyer, 2016; Klos & Görger, 2020).

Das *Reasoning & Rehabilitation-Programm* (R&R) ist ein evidenzbasiertes, manualisiertes, kognitiv-behaviorales Gruppenprogramm für Straftäterinnen und Straftäter (Ross & Fabiano, 1986, deutsche Adaption durch IFPH, 2004). Das R&R-Training zielt darauf ab, die Selbstregulation, soziale Kompetenzen und soziale Anpassung der Teilnehmenden zu verbessern. Das übergeordnete Ziel besteht darin, die Wahrscheinlichkeit für erneutes delinquentes Verhalten zu senken. In den S2-Leitlinien für die Behandlung von antisozialen Persönlichkeitsstörungen (DGPPN, 2009) wie auch in den NICE-Guidelines (National Institute for Health and Care Excellence, 2009) wird dieses Programm als „best practice“ empfohlen.

Die *Dialektisch-Behaviorale Therapie* (DBT) dient der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS). Hierbei wird die kognitive Verhaltenstherapie mit Elementen wie der Meditation kombiniert (Mc Cann et al., 2000). DBT ist die am besten evaluierte Therapieform für BPS, deren Wirksamkeit in verschiedenen systematischen Reviews bestätigt wurde (Storebø et al., 2020). Die von der DBT abgeleitete DBT-F (DBT-Forensik) eignet sich besonders für Menschen mit impulsivem oder emotional instabilem Verhalten. In der KFP gibt es eine spezielle DBT-Station (Station 3a), auf der das gesamte Therapieprogramm an den Grundlagen der DBT orientiert ist und auch Pflegekräfte in DBT geschult sind. Ein Teil des Gruppenprogramms ist die Skillsgruppe, die auch Patientinnen und Patienten von anderen Stationen zugänglich ist.

Das *Soziale und emotionale Kompetenztraining* (SEKT) bietet sich für psychisch kranke Straftäterinnen und Straftäter mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis und komorbiden Störungen an. Das Training orientiert sich an dem Manual von Friedenstab (Friedenstab, 2013). Es zielt primär auf typische soziale und emotionale Defizite schizophrener Patientinnen und Patienten unter Berücksichtigung der Besonderheiten des Maßregelklientels.

Gruppenangebote des Jahres 2023, Abb. 4.

Gruppen	Anzahl der Gruppen	Anzahl der Patientinnen/Patienten
Skillsgruppe (DBT/DBT-F)	2023: eine Gruppe 2022: eine Gruppe	2023: 8 Patienten 2022: 8 Patienten
R&R-Programm	2023: eine Gruppe 2022: eine Gruppe	2023: 5 Patientinnen/Patienten 2022: 5 Patientinnen/Patienten
Rückfall-prophylaxegruppe Alkohol ²	2023: zwei Gruppen 2022: eine Gruppe	2023: 9 Patienten 2022: 8 Patienten
Rückfall-prophylaxegruppe Drogen	2023: zwei Gruppen 2022: drei Gruppen	2023: 9 Patientinnen/Patienten 2022: 25 Patientinnen/Patienten
SEKT Soziales und emotionales Kompetenztraining	2023: keine Anmeldungen 2022: eine Gruppe	2023: n.r. 2022: 8 Patientinnen/Patienten

Abb. 4: Gruppenangebote

2.3.3 SOZIOMILIEUTHERAPIE

Die Soziomilieuthérapie beschreibt einen Ansatz, bei dem die Patientinnen und Patienten sowie das Personal in eine temporäre Lebensgemeinschaft eingebunden sind. Die Alltagsaktivitäten finden vorrangig in Kleingruppen, beispielsweise in Wohngruppen, statt. Dabei geht es um das Einhalten von Tagesstrukturen, Regeln und Normen, die Wahrnehmung von Rechten und die Erfüllung von Pflichten etc.

Ziel ist ein geordnetes Zusammenleben in einem respektvollen Milieu. Die Gestaltung des sozialen Milieus und eine professionelle Beziehungsarbeit bilden die Basis und den Rahmen für alle in der Klinik angebotenen Therapien.

2.3.4 PFLEGERISCHE ANGEBOTE

Es werden diverse pflegegeleitete Angebote vorgehalten. Sie alle zielen darauf ab, die psychische Stabilität der Patientinnen und Patienten zu fördern und ihre Lebensqualität zu verbessern. Weiterhin stehen die Pflegekräfte der Wohngruppen als ständige Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner zur Verfügung.

Bezugspflegesystem

Unser klinikinternes Bezugspflegesystem sieht vor, dass zwei Pflegekräfte einer bestimmten Patientin bzw. einem Patienten zugeordnet werden und sich verstärkt um sie bzw. ihn kümmern. Im Gegensatz zur tätigkeitsorientierten Funktionspflege fokussiert die Bezugspflege auf die individuellen Bedürfnisse „Ihrer“ Patientinnen und Patienten. Die stationsbezogenen Bezugspflegekräfte sind für die umfassende, kontinuierliche, patientenorientierte und interdisziplinär vereinbarte Planung und Durchführung der pflegerischen Betreuung ihrer Patientin bzw. ihres Patienten verantwortlich. Die

² Diese Gruppe wird nur Patientinnen und Patienten angeboten, deren Substanzkonsumstörung auf Alkohol beschränkt ist.

Soziomilieutherapie baut auf der Bezugspflege auf und ergänzt bzw. kombiniert diese mit den Elementen der Soziotherapie und Milieugestaltung.

Im Jahr 2023 entwickelten und implementierten die Pflegekräfte einen „Leitfaden für die Bezugspflege in der Klinik für forensische Psychiatrie Rostock“. Dieser sieht wöchentliche Bezugspflegegespräche vor.

Therapiewochenpläne

Neben den bisherigen Stationswochenplänen werden seit 2022 individuelle Wochenpläne pro Patientin bzw. pro Patient geführt. Hintergrund ist, dass ein strukturierter Tagesablauf dazu beitragen kann, Grübelphasen und Langeweile zu vermeiden, und den Patientinnen und Patienten im Alltag Halt und Orientierung gibt. Die individuellen Wochenpläne basieren auf den individuellen Behandlungszielen.

Die Audits der Stationspläne sowie der individuellen Wochenpläne ergaben, dass die Dokumentationspflichten gemäß gültiger Verfahrensweisung überwiegend gut bis sehr realisiert werden. Audits werden pro Station halbjährlich durch die Qualitätsmanagementbeauftragte der Klinik durchgeführt.

Pflegegeleitete Aktivitäten

Neben den wöchentlich stattfindenden pflegegeleiteten Reflexionsrunden werden weitere, je nach Station unterschiedliche Gruppenaktivitäten angeboten, beispielsweise:

- Förderung von Alltagskompetenzen wie Backen, Kochen etc.
- Achtsamkeitsgruppe
- Skills-Gruppen
- Kognitives Training
- „Sport & Spiel“-Gruppen
- Volleyballspiele
- Gartengestaltung etc.

Die Gestaltung eines Wohngruppenalltags kann für alle Beteiligten eine große Herausforderung sein, da viele Patientinnen und Patienten nicht wissen, wie sie ihren Alltag sinnvoll ausfüllen und ihre Freizeit aktiv gestalten können.

Um Eintönigkeit, ein zu geringes Maß an Bewegung und Sozialkontakten etc. zu reduzieren, werden unsere Patientinnen und Patienten auch im Rahmen ihrer Freizeitgestaltung von den Pflegekräften unterstützt. Die gemeinsame Auswahl von Freizeitangeboten erfolgt nach den persönlichen Bedürfnissen und dem psychischen Befinden der klinisch untergebrachten Personen. Bei Bedarf werden alternative Ideen forciert. In den Sommermonaten sind auf den Klinikhöfen Events wie beispielsweise Grillen, Dartturniere oder Volleyballturniere beliebt.

2.3.5 ERGOTHERAPEUTISCHE ANGEBOTE

Ergotherapieangebote, d. h. Angebote in der Beschäftigungstherapie sowie der Arbeitstherapie, sind wichtige Bestandteile einer forensisch-psychiatrischen Behandlung. Diesbezügliche Therapieangebote tragen dazu bei, das Selbstwertgefühl und die Lebensqualität von Patientinnen und Patienten zu verbessern.

Die Beschäftigungstherapie fördert die Fähigkeiten und Fertigkeiten des sozio-emotionalen sowie des intellektuellen Bereiches, indem verschiedene Medien im therapeutischen Setting eingesetzt werden.

In der Arbeitstherapie, d. h. in den Werkstätten³, wird auf die Verbesserung bzw. Belastungserprobung der Arbeitsfähigkeit bzw. Arbeitsfertigkeiten fokussiert. Ziel ist, eine berufliche Tätigkeit vorzubereiten bzw. eine Integration in den Arbeitsmarkt zu ermöglichen.

Mit Beginn eines Behandlungsprozesses werden Beschäftigungstherapien angeboten. Die Patientinnen und Patienten werden hierbei mit verschiedenen Materialien vertraut gemacht, wie beispielsweise Ton, Stoff, Peddigrohr oder Holz. Dies kann sich sowohl motorisch funktionell, geistig intellektuell als auch psychisch emotional positiv auswirken. Mit zunehmenden individuellen Behandlungserfolgen sind arbeitstherapeutische Maßnahmen indiziert, wobei wir immer gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten entscheiden, ob und wann diese in die Arbeitstherapie wechseln.

Eine Therapieeinheit umfasst, je nach individueller Belastbarkeit, bis zu 75 Minuten. Maximal fünf Therapieeinheiten pro Woche sind pro Patientin bzw. pro Patient möglich, s. Abb. 5. Zusätzliche freiwillige Angebote werden gerne angenommen. In der Regel sind drei Patientinnen oder Patienten in einer Einheit in den einzelnen Arbeitsbereichen.

Ergotherapiebereiche	Therapieangebote ges./Woche
Kreativwerkstatt	18x/Woche
Fahrradwerkstatt	17x/Woche
Holzwerkstatt	16x/Woche
Metallwerkstatt	11x/Woche
Servicegruppe I	16x/Woche
Servicegruppe II	12x/Woche

Abb. 5: Ergotherapeutische Angebote

Die Vergütung richtet sich nach der aktuellen Prämierungsordnung. Diese ist seit dem Sommer 2022 unverändert, s. Abb. 6.

Prämierungsgruppen	Prämierungssätze/Therapieeinheit
Gruppe 1	1,50 €
Gruppe 2	2,25 €
Gruppe 3	2,70 €
Gruppe 4	3,00 €

Abb. 6: Prämierungssätze

Das Personal der Ergotherapie stuft monatlich jede Patientin bzw. jeden Patienten gemäß einem Bewertungssystem in eine der vier Gruppen ein. Kriterien wie Anwesenheit, Antrieb/Motivation, Kritikfähigkeit, Kontaktfähigkeit, Auffassung praktischer Anweisungen,

³ Werkstätten können sein: Metallwerkstatt, Holzwerkstatt, Fahrradwerkstatt und Servicegruppe.

Konzentrationsvermögen, Selbständigkeit, Flexibilität, Einhalten von Regeln und Normen, Ausdauer sowie die Arbeitsqualität sind vergütungsrelevant.

In den Erprobungspraktikas bewerten die jeweiligen Anleiterinnen bzw. Anleiter des Praktikumsbetriebs die Leistungen der Praktikantin bzw. des Praktikanten. Das entspricht in der Regel der Prämierungsgruppe 4. Die Prämierungsobergrenze beträgt 150 €/Monat/Patientin bzw. Patient.

2.3.6 SPORT- UND PHYSIOTHERAPEUTISCHE INTERVENTIONEN

Bei den in der Klinik angebotenen Sporttherapien handelt es sich um ärztlich indizierte Maßnahmen. Diese können gestörte physische, psychische und psychosoziale Beeinträchtigungen rehabilitieren bzw. Schädigungen und Risikofaktoren vorbeugen. Zudem ist hinzuzufügen, dass Sport bzw. Bewegung einer medikamenteninduzierten Gewichtszunahme entgegenwirken kann.

Sport- und bewegungs-therapeutische Angebote	Therapieangebote	Anzahl/Angebot
Stationsübergreifende Gruppen		
Laufgruppe	2 x/Woche, 30 min - 60 min	max. 8 Patientinnen/ Patienten
Radgruppe	3 x/Woche, 60 min-90 min	max. 3 Patientinnen/ Patienten
Morgenaktivierung	4 x/Woche, 15 min	max. 10 Patientinnen/ Patienten
Volleyball	1 x/Woche, 90 min	max. 15 Patientinnen/ Patienten
Rückengruppe	2 x/Woche, 45 min	max. 4 Patientinnen/ Patienten
Sportgruppe „Multifunktion“	20 x/Woche, 45 min	max. 6 Patientinnen/ Patienten
Crossletics ⁴	2 x/Woche, 60 min	max. 7 Patientinnen/ Patienten
Stationsinterne Angebote		
Dart-Gruppe Station 1	1 x/Woche, 45 min	max. 8 Patientinnen
Kraft-/Ausdauergruppe Station 5	1 x/Woche, 60 min	max. 10 Patientinnen/ Patienten
Morgenaktivierung	1 - 2x/Woche, 15 min	max. 10 Patientinnen/ Patienten
Sportangebot Station 7	tägliche Angebote (Montag bis Freitag)	max. 10 Patientinnen/ Patienten
Einzeltherapien		
Therapeutisches Boxen	2 x/Woche	max. 2 Patientinnen/ Patienten
Sporttherapie „Einzel“	nach Bedarf	1 Patientin/Patient

Abb. 7: Sportangebote

⁴ Beim Crossletics wird der gesamte Körper, d. h. keine speziellen Muskelgruppen, trainiert.

Das Team der Sporttherapie plant und dosiert in Abstimmung mit den Patientinnen und Patienten die angeordneten Maßnahmen im Einzel- bzw. im Gruppensetting, s. Abb. 7. Die Interventionen umfassen minimal 15 Minuten – maximal 90 Minuten/Einheiten im Einzel- bzw. Gruppensetting. Die stationsinternen Sporttherapieangebote (Abb. 7) werden durch den pflegegeleiteten Freizeitsport (4 x/Woche/Station) erweitert.

Auch physiotherapeutische Maßnahmen werden nach ärztlicher Anordnung ausgeführt.

2.3.7 BESCHULUNG

Externer Bildungsträger	Bildungsziel	(noch) ohne Prüfung	erfolgreicher Abschluss	Fehlversuch	Σ
Auffrischung Grundlagenfächer	Teilnahmen	3	n. r.	n. r.	3
Berufsreife	Abschluss: 2023	n. r.	1	2	3
	Abschluss: 2024	4	n. r.	n. r.	4
Mittlere Reife	Abschluss: 2023	n. r.	1	n. r.	1
	Abschluss: 2024	2	n. r.	n. r.	2
Klinikschule	Bildungsziel	(noch) ohne Prüfung	Erfolgreicher Abschluss	Fehlversuch	Σ
Förderunterricht	Teilnahmen	1	n. r.	n. r.	1
Berufsreife	Abschluss: 2023	n. r.	n. r.	n. r.	n. r.
	Abschluss: 2024	1	n. r.	n. r.	1
Mittlere Reife	Abschluss: 2023	n. r.	1	n. r.	1
	Abschluss: 2024	1	n. r.	n. r.	1
Kurse "Deutsch als Fremdsprache"	Bildungsziel	(noch) ohne Prüfung	Erfolgreicher Abschluss	Fehlversuch	Σ
Vertiefung Deutsch	mündlich, schriftlich	1	n. r.	n. r.	1
Grundlagenvermittlung	Sprachniveau A1 ⁵	3	n. r.	n. r.	3
Grundlagenvermittlung	Sprachniveau A2 ⁶	3	n. r.	n. r.	3
Sprachprüfung	Sprachniveau B2 ⁷	n. r.	n. r.	1	1

Abb. 8: Beschulungsangebote

⁵ Mit dem Sprachniveau A1 werden schon bekannte und im Alltag relevante Wörter und Sätze verstanden. Personen dieses Sprachniveaus können sich und andere Personen vorstellen und fremden Menschen Fragen zur Person stellen.

⁶ Mit dem Sprachniveau A2 können Sätze, die bekannte Wörter und Wendungen enthalten, verstanden und sicher angewendet werden. Geübte oder bekannte Situationen werden ohne weitere Probleme gemeistert. Die eigene Herkunft, die Ausbildung und die Umgebung können beschrieben werden.

⁷ Das Sprachniveau B2 bedeutet, dass Grundaussagen komplexer Texte und Aussagen verstanden und wiedergegeben werden können. Eine flüssige Unterhaltung mit Muttersprachlern zu verschiedenen Themen fällt leicht. Meinungen und Ansichten können begründet und Vor- und Nachteile von Entscheidungsmöglichkeiten verständlich erläutert werden.

Legende:

n. r. für nicht relevant

Im Jahr 2023 wurden in unserer Klinik 25 von 157 (15,9 %) Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen Abschlusszielen beschult, partiell bereits mit einem Schulabschluss:

- Eine Patientin erreichte den Abschluss „Berufsreife“ (früherer „Hauptschulabschluss“).
- Zwei Patientinnen/Patienten haben den Abschluss „Mittlere Reife“ (früherer „Realschulabschluss“) erreicht.

Die Bildungsangebote, s. Abb. 8, orientierten sich stets an den individuellen Bedürfnissen. Als externe Bildungsträger konnten das Berufsförderungswerk „bfw Rostock“ beispielsweise für Deutschkurse als Fremdsprache, ebenso wie die Klinikschule „Heinrich-Hoffmann-Schule“ für die Beschulung einzelner jugendlicher Patientinnen und Patienten beauftragt werden.

2.3.8 SOZIALDIENST

Das Team des Sozialdienstes bietet den Patientinnen und Patienten Hilfen in medizinischen, beruflichen und sozialen Bereichen an. Der Sozialdienst stimmt sich mit Kostenträgern ab, wenn es um die Inanspruchnahme von Leistungen und Nachsorge bzw. das Einleiten von Rehabilitationsmaßnahmen geht.

Der Sozialdienst ist Teil des multidisziplinären Teams einer Station und somit in Bezug auf die Stabilisierung der Gesundheitszustände der Patientinnen und Patienten unterstützend tätig. Darüber hinaus soll den betroffenen Menschen durch eine erfolgreiche Behandlung und Begleitung ein straffreies, selbstbestimmtes und gesellschaftlich integriertes Leben nach dem MRV ermöglicht werden.

2.3.9 GENESUNGSBEGLEITUNG

Genesungsbegleitung im forensischen Setting ist noch selten, aber zunehmend relevant. In der Genesungsbegleitung werden Personen eingesetzt, die selbst psychische Störungen überwunden haben. Sie bieten Unterstützung für psychisch erkrankte Menschen an. Durch ihre geteilte Erfahrung tragen sie zu einem tieferen Verständnis der Situation bei. Speziell bei Substanzgebrauchsstörungen u. a. können sie wertvolle Arbeit leisten. Genesungsbegleitung ist bereits ein fester Bestandteil unseres Klinikkonzepts.

Im Jahr 2023 wurde der Genesungsbegleiter im Rahmen von Gruppentherapien primär auf der Aufnahmestation sowie auf der Rehabilitationsstation aktiv. Auf der Aufnahmestation bietet der Genesungsbegleiter eine eigene Recovergruppe an. Auch auf der Rehabilitationsstation leitet er gemeinsam mit dem Stationspersonal eine eigene Gruppe. Zusätzlich bietet er bei Bedarf Einzelgespräche auf allen Stationen an. Häufige Themen sind:

- Rückfallprophylaxe: Strategieentwicklung zur Vermeidung von Rückfällen
- Krisen-/Notfallplanung: Vorbereitung auf mögliche Krisensituationen
- Gesunderhaltung: Diskussion über gesundheitsfördernde Maßnahmen

Unser Genesungsbegleiter hört zu und entwickelt Strategien mit, die es den Patientinnen und Patienten ermöglichen, den Klinikalltag besser zu meistern oder auch andere Herausforderungen bewältigen zu können. Er vermittelt suchtbezogenes

Erfahrungswissen, berichtet über Auswirkungen von Suchtmittelkonsum und ermutigt sie, sinnvolle Aktivitäten zur Förderung der Genesung für sich zu nutzen.

2.4 SEELSORGE

Das Recht auf Ausübung der Religion ist im Grundgesetz verankert. Religionsausübung kann für Patienten und Patientinnen, denen dies wichtig ist, eine positive Wirkung haben und Trost spenden.

Die monatlich stattfindenden Gottesdienste in der KFP stehen für alle offen. An diesen nahmen jeweils 10 bis 12 Patientinnen und Patienten teil.

Eine evangelische Pastorin leitete diese Veranstaltungen und bot, unabhängig von der Zugehörigkeit einer Glaubensgemeinschaft, zusätzlich seelsorgerische Einzelgespräche an. Sollten Patientinnen oder Patienten den Wunsch nach Betreuung eines Mitglieds einer anderen Glaubensgemeinschaft äußern, würden wir dies versuchen zu ermöglichen. Im vergangenen Jahr war dies allerdings nicht der Fall.

2.5 LOCKERUNGEN IM MRV

Unter *Lockerungen* werden im MRV schrittweise Erprobungen im extramuralen Setting verstanden, die der Vorbereitung der Entlassung und der Resozialisierung dienen. Von der Aufnahmephase bis zur Rehabilitationsphase sind klar definierte Lockerungsziele und Lockerungsmaßnahmen wichtige Bestandteile des Behandlungs- und Rehabilitationsplanes.

Die Genehmigung der Lockerung folgt einem standardisierten Vorgehen, das eine unabhängige Beurteilung der beteiligten Berufsgruppen, eine Stellungnahme durch den Leiter Sicherheit, die Pflegedienstleitung und eine unabhängige Therapeutin bzw. einen Therapeuten vorsieht und schließlich eine Diskussion einer Lockerungskonferenz und die letztendliche Entscheidung über die Gewährung einer Lockerung durch die Klinikdirektorin beinhaltet.

Im MRV in MV gibt es zehn *Lockerungsstufen*, deren rechtliche Grundlage zur Gewährung von Lockerungen in der „Richtlinie über die Gewährung von Lockerungen und die offene Unterbringung von Patienten im Maßregelvollzug sowie die Beteiligung der Aufsichtsbehörde (Lockerungsrichtlinie MRV)“, Verwaltungsvorschrift des Justizministeriums des Landes Mecklenburg-Vorpommern vom 01. Oktober 2015 in der Fassung vom 26. Mai 2017 - III 200 / 4424 - 4 SH) abgebildet ist.

Im Einzelnen gibt es folgende Lockerungsstufen:

Ausführung

Während einer Ausführung muss die ständige unmittelbare Aufsicht gewährleistet werden.

Stufe 1: Ausführung unter Aufsicht von mindestens zwei Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern

Stufe 2: Ausführung unter Aufsicht einer Mitarbeiterin/eines Mitarbeiters

Stufe 3: Gruppenausführung von bis zu drei Patientinnen bzw. Patienten unter Aufsicht mindestens einer Mitarbeiterin/eines Mitarbeiters

Ausgang in Begleitung

Stufe 4: Ausgang in Begleitung einer Mitarbeiterin/eines Mitarbeiters und/oder eines geeigneten Dritten

Stufe 5: Gruppenausgang: Bis zu vier Patientinnen/Patienten in Begleitung mindestens einer Mitarbeiterin/eines Mitarbeiters und/oder eines geeigneten Dritten

Ausgang

Ohne Aufsicht oder Begleitung

Stufe 6: Ausgang (bis zu sechs Stunden)

Stufe 7: Tagesausgang

Stufe 8: Kurzurlaub bis zu drei Tagen

Stufe 9: Urlaub bis zu zwei Wochen

Stufe 10: Langzeiturlaub über zwei Wochen

In unserer Klinik wird zusätzlich zu den oben genannten Lockerungsstufen die Lockerungsstufe (LS) 0 vergeben. Diese erlaubt den Hofgang ohne Überwachung durch Klinikpersonal und wird so früh wie möglich nach Aufnahme vergeben.

Die Abb. 9 und 10 zeigen, jeweils am Stichtag 31.12., den Anteil genehmigter Lockerungsstufen der letzten drei Jahre bzw. die gruppierte Darstellung zum 31.12.2024.

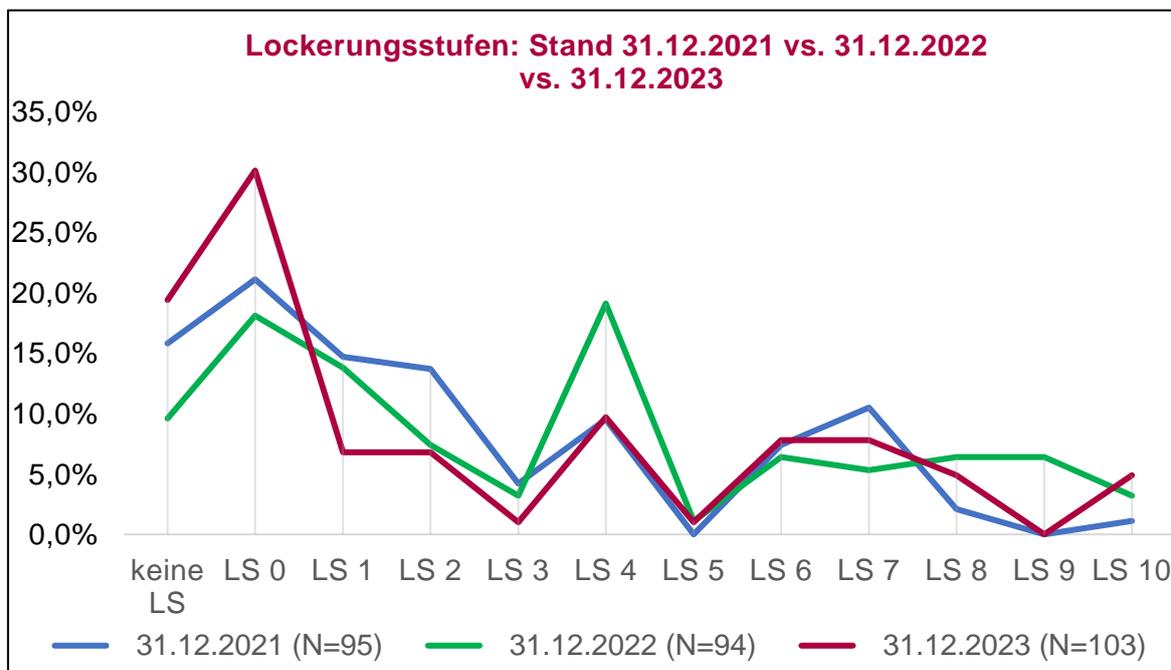


Abb. 9: Keine Lockerungsstufe bis Stufe 10

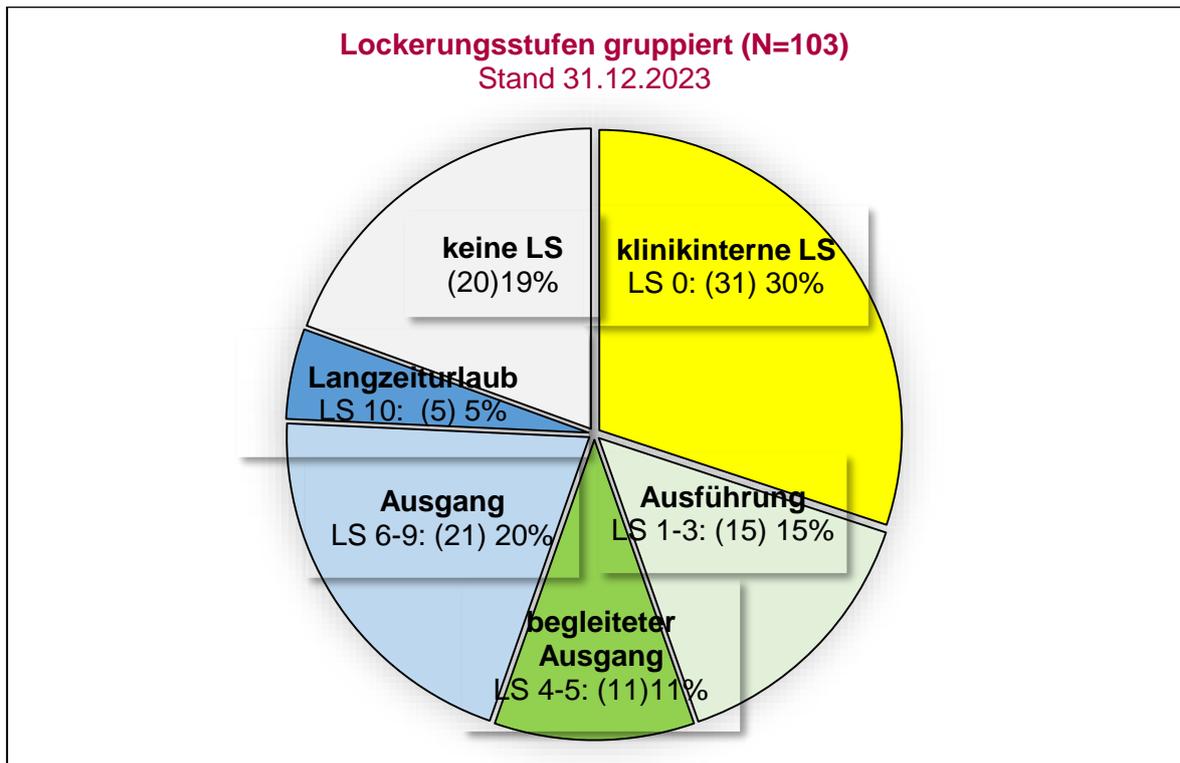


Abb. 10: Lockerungsstufen gruppiert

2.6 FORENSISCHE NACHSORGE

Mit Inkrafttreten des „Gesetzes zur Reform der Führungsaufsicht“ (2007) wurde an der Klinik für Forensische Psychiatrie Rostock eine Forensische Institutsambulanz (FIA) installiert.

Nach richterlicher Anordnung einer Führungsaufsicht können Patientinnen und Patienten, die nach erfolgreichem Therapieabschluss aus einem klinischen Setting entlassen wurden, in der Regel bis zu fünf Jahre lang professionell nachbehandelt bzw. begleitet werden.

Das Gericht kann Weisungen festlegen, wie beispielsweise:

- Zum Aufenthaltsort
- Regelmäßige Termineinhaltung bei der FIA
- „... keine alkoholischen Getränke oder andere berauschende Mittel zu sich zu nehmen.“
- Ausschlussgebiete und
- Verbot von Tätigkeiten oder Gegenständen

Die ambulante forensische Nachsorge dient der Rückfallprävention, indem sie multiprofessionell und eng mit der Bewährungshilfe sowie weiteren an der Nachsorge beteiligten Personen und Einrichtungen zusammenarbeitet.

Das Personal der FIA betreut die Patientinnen und Patienten bereits auf der Rehabilitationsstation und begleitet auch jene mit hohen Lockerungen, die auf anderen Stationen sind und bei denen ebenfalls Entlassvorbereitungen anstehen.

Die Hauptaufgaben der FIA bestehen in der Unterstützung extramuraler Erprobungen und der frühzeitigen Erkennung von krisenhaften Entwicklungen, um der Gefahr neuer Straftaten proaktiv entgegenwirken zu können. Die forensische Nachsorge bietet verschiedene Leistungen an. Dazu gehören:

- Regelmäßige Einzelgespräche
- Aufsuchende Kontakte in der Häuslichkeit
- Drogen- und Alkoholkontrollen
- Kriseninterventionen
- Hilfeforenzen
- Kontakte zu Bewährungshilfen, Suchtberatungsstellen, Schuldnerberatungen und anderen psychosozialen Einrichtungen.

Im Jahr 2023 wurden in unserer Ambulanz 106 Patientinnen und Patienten von insgesamt 6,88 Vollkräften betreut. Der ärztliche Dienst sowie die Sekretärin werden in der Personalstatistik dem ambulant tätigen Personal zugeordnet, sind hier jedoch infolge geringer direkter Patientenkontakte nicht Caseload-relevant.

Die Anzahl der zu Betreuenden schwankte zwischen minimal 78 und maximal 89 (2022: 69 - 73 Patientinnen und Patienten). Der Mittelwert der zu betreuenden Personen lag im Jahr 2023 bei 86,8 (2022: 70,8 Patientinnen und Patienten). Daraus ergab sich ein durchschnittlicher Caseload⁸ von 12,6 Patientinnen bzw. Patienten/FIA-Koordinator (2022: 10,3). Die vorambulante Mitbetreuung der Patientinnen und Patienten der Reha-Station durch das FIA-Team ist in den Caseload nicht mit eingeschlossen.

Insgesamt wurden 11 Patientinnen/Patienten aus unserer Ambulanzbetreuung entlassen, davon:

- 4 Patientinnen/Patienten wegen Beendigung der Führungsaufsicht
- 2 Patientinnen/Patienten wegen Wechsels des Bundeslandes
- 4 Patientinnen/Patienten wegen erneuter Einweisung zur Krisenintervention, danach erneute Betreuung durch die forensische Ambulanz
- 1 Patientin/Patient wegen noch nicht erfolgter Zuständigkeit

Die Ambulanz verzeichnete in 2023 26 Neuaufnahmen (2022: 19 Neuaufnahmen). Davon waren 21 zuvor nach § 64 StGB im Maßregelvollzug untergebracht, fünf gemäß § 63 StGB.

3 PATIENTINNEN UND PATIENTEN

In 2023 waren in der Klinik für Forensische Psychiatrie insgesamt 157 Personen⁹ untergebracht. Im Jahr 2022 lag der Wert bei 145 Patientinnen und Patienten. Von den am 31.12.2023 insgesamt 103 untergebrachten Patientinnen und Patienten hatten 90 den Kostenträger Mecklenburg-Vorpommern sowie 13 den Kostenträger eines anderen Bundeslandes.

3.1 BELEGUNGSDATEN

Im Zeitraum vom 01.01.2023 bis 31.12.2023 waren durchschnittlich 91 stationäre Patientinnen und Patienten in der Klinik inklusive der TAWG untergebracht. Die Abb. 11 - 13 zeigen, wie sich die Belegungsdaten 2023 darstellten.

⁸ Der Caseload beschreibt die Anzahl der Patientinnen bzw. Patienten/Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter.

⁹ Von den 157 Patientinnen und Patienten wurde 2023 ein Patient nach Verlassen der Klinik einige Zeit später erneut aufgenommen.

Unterbringungsgrundlagen	Belegung/Monat		
	Minimum-Maximum 2021	Minimum-Maximum 2022	Minimum-Maximum 2023
§ 64 StGB	64-71	67-77	62-81
§ 63 StGB	12-14	10-13	13-16
§ 126 a StPO	1-8	6-9	4-10
§ 67g/64 StGB	keine Angabe	1-2	1-2
§ 67h/64 StGB	1-4	1	0-2
§ 7 VwVfG M-V	1-3	3-4	0-3

Abb. 11: Minimum – Maximum Belegung/Unterbringungsgrundlage

Legende:

§ 64 StGB: Unterbringung in einer Entziehungsanstalt

§ 63 StGB: Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus

§ 126a StPO: Einstweilige Unterbringung

§ 67g StGB: Widerruf der Aussetzung

§ 67h StGB: Krisenintervention

§ 7 VwVfG M-V Verwaltungsverfahrens-, Zustellungs- und Vollstreckungsgesetz des Landes Mecklenburg-Vorpommern, die sog. „Amtshilfe“

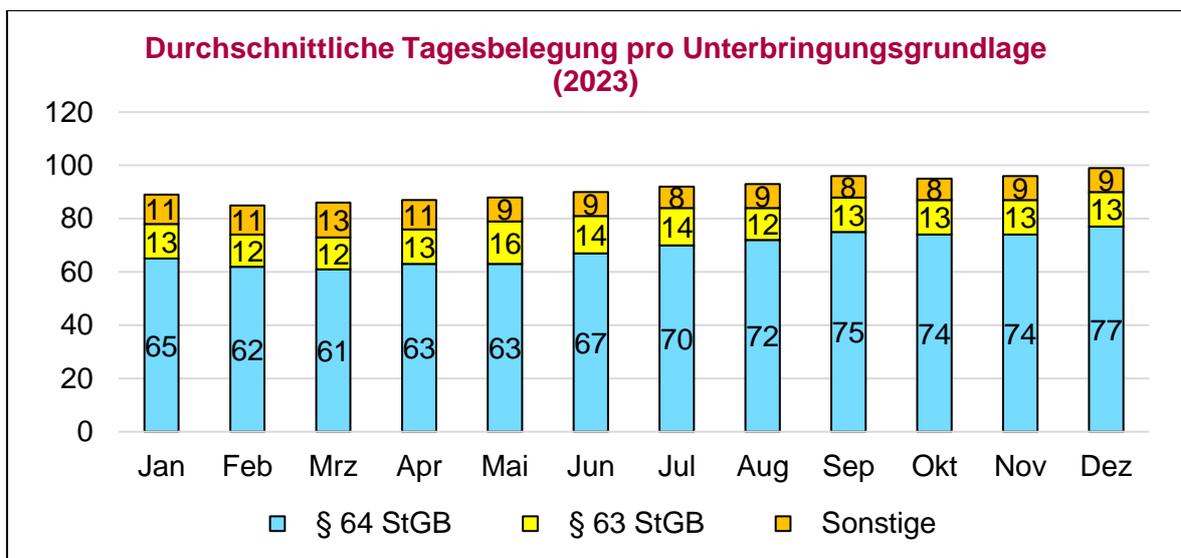


Abb. 12: Tagesbelegung pro Unterbringungsgrundlage

Die durchschnittliche Tagesbelegung (2023) lag bei 91 klinischen Patientinnen und Patienten inklusive der TAWG sowie bei durchschnittlich vier extern Untergebrachten, s. Abb. 12. Bei den untergebrachten Personen handelt es sich überwiegend um männliche Patienten, s. Abb. 13.

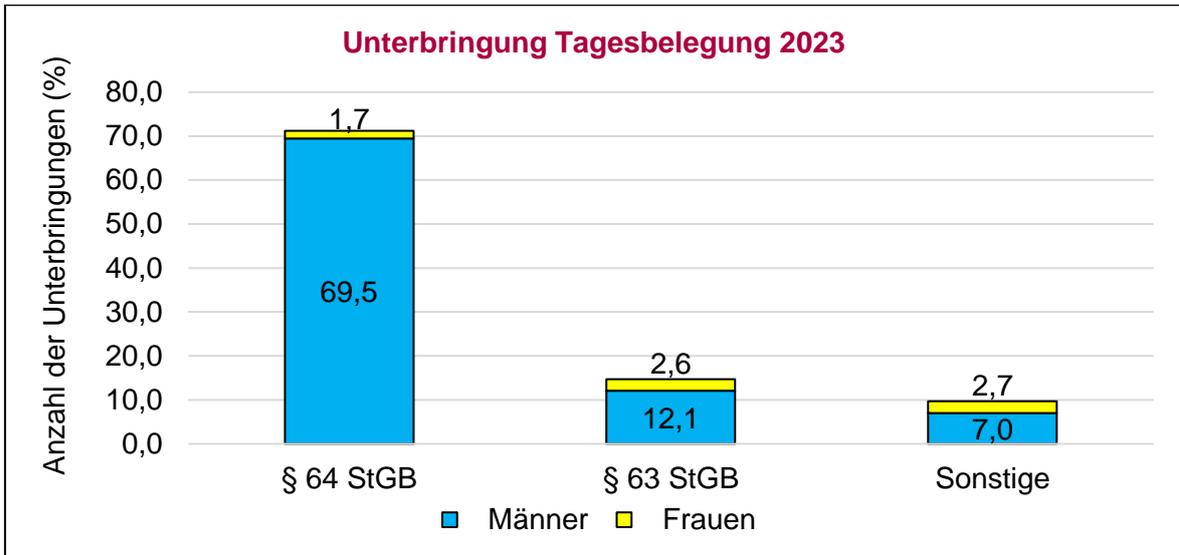


Abb. 13: Unterbringung Tagesbelegung nach Geschlecht

3.2 PATIENTINNEN-/PATIENTENPOPULATION

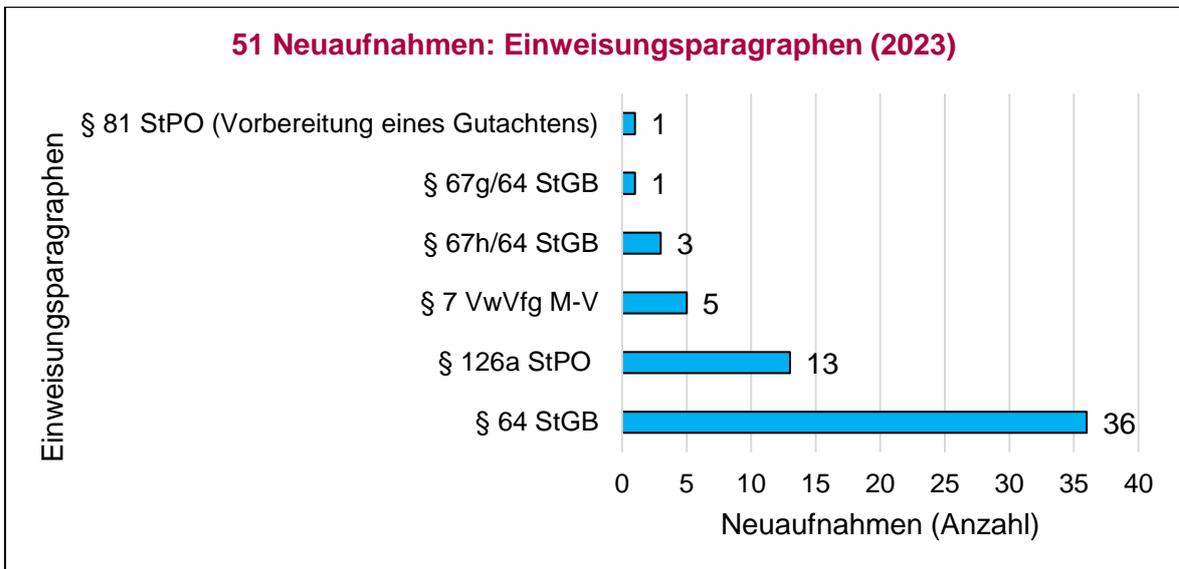


Abb. 14: Klinische Neuaufnahmen

In 2023 wurden 51 Patientinnen und Patienten neu aufgenommen, s. Abb. 14. Im Laufe des Jahres kam es vereinzelt zu Umwandlungen der vorigen Unterbringungsgrundlage.

Die Abb. 15 zeigt Diagnosen/Diagnosegruppen der Patientinnen und Patienten am Stichtag 31.12.2023 (nach der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsstörungen (ICD-10). Bei 95/103 Patientinnen und Patienten, d. h. bei 92,2 %, wurde eine Substanzkonsumstörung einzeln bzw. in Kombination mit anderen psychischen Erkrankungen diagnostiziert. Lediglich acht Patientinnen bzw. Patienten (7,8 %) wiesen keine Substanzkonsumstörung auf.

ICD 10 Hauptdiagnosen (Gruppen)	Unterbringungsgrundlage						Σ
	§ 64 StGB	§ 67h StGB	§ 67 g StGB	§ 63 StGB	§ 126a StPO	Amts- hilfe	
F10–F19 Substanzkonsumstörung	42	1	1	1	2		47
F60-F63 und F10–F19 Persönlichkeitsstörung und Sucht	23			1			24
F20–F29 und F10–F19 schizophrene Störung und Substanzkonsum- störung	7			7	1	1	16
F70–F79 und F10–F19 Intelligenzminderung und Substanzkonsumstörung	7			1			8
F20–F29 schizophrene Störung				3	2		5
F70–F79 Intelligenzminderung				1	1		2
F31 sonstige Diagnosen (bipolare affektive Störung)				1			1
Patientinnen/Patienten: Σ	79	1	1	15	6	1	103

Abb. 15: Klinikdiagnosen gem. ICD-10 in Bezug auf die Unterbringung

Am 31.12.2023 hatten 6/103 (5,8 %) Patientinnen und Patienten einen Migrationshintergrund, wovon drei Patienten gem. § 64 StGB (Durchschnittsalter 41,3 Jahre), zwei Patienten gem. § 63 StGB (Durchschnittsalter 36,5 Jahre) und ein Patient gem. § 67g/64 StGB (Alter: 38 Jahre) untergebracht waren.

3.3 BEENDIGUNGEN DER MAßREGEL

Eine Maßregel kann aufgrund unterschiedlicher Rechtsgrundlagen beendet werden, s. Abb. 16. Die häufigste Beendigung ist die Aussetzung der Maßregel auf Bewährung bei erfolgreich abgeschlossener Behandlung. Ein Abbruch der Behandlung (Erledigung), in der Regel mit Rückkehr in die JVA, erfolgt, wenn die Behandlung nicht erfolgreich erscheint. Dies kann z. B. der Fall sein, wenn die Patientin bzw. der Patient diese nicht wünscht.

Bundesweit finden sich Abbruchraten von bis zu über der Hälfte der Beendigungen. Wir versuchen, die Abbruchraten gering zu halten, indem wir auch mit „schwierigen“ Patientinnen und Patienten versuchen, einen therapeutischen Ansatz zu finden, und auch nach Vorkommnissen weiterhin mit den Patientinnen und Patienten arbeiten. Wir bestehen allerdings nicht auf eine Weiterbehandlung, wenn eine Patientin bzw. ein Patient sich klar gegen eine Behandlung ausspricht.

Entlassorte richten sich nach den individuellen Bedarfen, s. Abb. 17. Für Patientinnen und Patienten, die nach einer Entlassung weiterhin Unterstützung benötigen, sind beispielsweise eine Nachsorgeeinrichtung oder ein Betreutes Wohnen angezeigt.

Beendigungen der Maßregel (N=57)	Tage bis zur juristischen Entlassung
Entlassung auf Bewährung § 64 StGB (N=25) ¹⁰	Ø 869 Tage
Erledigung § 64 StGB (N=6)	Ø 619 Tage
Erreichen der Höchstfrist § 64 StGB (N=1)	1287 Tage
Verlegung in einen anderen MRV § 64 StGB (N=1)	497 Tage
Beendigung durch Zwischenvollstreckung (N=1)	1270 Tage
Beendigung der Unterbringung nach § 67h/§ 64 StGB (N=3)	Ø 104 Tage
Beendigung der Unterbringung nach § 67g/§ 64 StGB (N=1)	159 Tage
Entlassung auf Bewährung § 63 StGB (N=2)	Ø 1209 Tage
Erledigungserklärung (Verhältnismäßigkeit) der Maßregel § 63 StGB (N=2)	Ø 3300 Tage
Beendigung der Unterbringung nach § 126a StPO (N=6)	Ø 204 Tage
Beendigung der Amtshilfe/§ 81 StPO (N=9)	Ø 66 Tage

Abb. 16: Beendigungen der Maßregel/Aufenthaltsdauer

Beendigungen	Entlassorte
Entlassung auf Bewährung § 64 StGB (N=25)	19x Häuslichkeit; 6x Nachsorge/Betreutes Wohnen ¹¹
Beendigung nach Unterbringung § 67h/64 StGB (N=3)	3x Nachsorge/Betreutes Wohnen
Beendigung nach Unterbringung § 67g StGB (N=1)	JVA
Entlassung auf Bewährung § 63 StGB (N=2)	2x Nachsorge
Erledigungserklärung (Verhältnismäßigkeit) der Maßregel § 63 StGB (N=2)	1x Nachsorge, 1x eigener Wohnraum
Erledigung der Maßregel § 64 StGB (N=6)	JVA
Beendigung durch Zwischenvollstreckung § 64 StGB (N=1)	JVA
Aufhebung § 126a StGB (N=6)	2x keine Angabe, 1x JVA, 1x eigener Wohnung, 1x anderer MRV, 1x Rehabilitationszentrum

¹⁰ Bei den Entlassungspatienten auf Bewährung (§ 64 StGB) betrug die durchschnittliche Dauer 753 Tage bis zum Erreichen der Lockerungsstufe 10.

¹¹ Zwei dieser Patienten waren zunächst gem. § 64 StGB untergebracht, wurden in 2023 entlassen und nachfolgend als Amtshilfepatienten erneut aufgenommen und wieder entlassen.

Verlegung in einen anderen MRV (N=1)	1x MRV
Beendigung nach Amtshilfe/ § 81 StPO (N=7)	5x JVA, 1x eigene Wohnung, 1x keine Angabe
MRV-Höchstfrist (N=1)	1x keine Angabe

Abb. 17: Unterbringungsgrundlagen und Entlassorte

4 PERSONAL

4.1 PLANSTELLEN

Das Personal für die stationäre Versorgung der KFP am Stichtag 31.12.2023 zeigt Abb. 18. Personal für den ambulanten Sektor zeigt Abb. 19, für Forschung & Lehre Abb. 20.

Personal: stationärer Bereich		31.12.2023	Budget 2023
		Ist	Soll
ÄD	Ärztlicher Dienst	5,36	7,50
	Leiterin der Einrichtung	1,00	1,00
	Oberärztin/Oberärzte	3,21	5,00
	Assistenzarzt	0,65	1,00
	Allgemeinarzt	0,50	0,50
PsD	Psychologischer Dienst	8,51	9,50
	Psychologinnen/Psychologen	8,51	9,50
FD	Funktionsdienste	9,75	11,00
	Ergotherapeutinnen/ Ergotherapeuten	6,00	7,50
	Hausmeister	3,00	3,00
	Lehrerin	0,75	0,50
MTD	Medizinisch technischer Dienst	17,23	18,00
	Sozialarbeiterinnen/ Sozialarbeiter	5,00	5,00
	Bewegungstherapeutinnen/ Bewegungstherapeut	2,88	2,00
	Sekretärinnen	1,40	2,50
	Dokumentationsassistentin	0,80	1,00
	Heilerziehungspflegerinnen/ Heilerziehungspfleger	5,65	6,00
	Genesungsbegleiter	1,00	1,00
	MTA Zentralapotheke	0,50	0,50
	VD	Verwaltungsdienst	5,18
	Leiter Sicherheit	1,00	1,00
	Allgemeine Verwaltung	4,18	5,00
TD	Technischer Dienst	0,99	2,00
	MA Technik/Allgemeine Hausmeisterbereiche	0,99	2,00
PD	Pflegepersonal	114,55	116,00
	Pflegepersonal	114,55	116,00
Σ	Personal: Vollkräfte gesamt	161,57	170,0

Abb. 18: Klinisches Personal

Die 0,5 Vollkräfte (VK)-Stelle MTA ZAP sowie die 0,99 VK für Mitarbeiter Technik/ Allgemeine Hausmeisterbereiche sind nicht direkt in der KFP tätig.

Personal: ambulanter Bereich		31.12.2023	Budget 2023
		Ist	Soll
ÄD	Ärztlicher Dienst	0,50	0,50
	Ärztin	0,50	0,50
PsD	Psychologischer Dienst	2,00	2,00
	Psychologe, Kriminologin	2,00	2,00
MTD	Medizinisch technischer Dienst	2,88	3,00
	Sozialarbeiterinnen/ Sozialarbeiter	2,88	3,00
VD	Verwaltungsdienst	0,50	0,50
	Sekretärin/Verwaltung	0,50	0,50
FD	Funktionsdienst	2,00	2,00
	Pflegepersonal	2,00	2,00
Σ	Personal: Vollkräfte gesamt	7,88	8,00

Abb. 19: Ambulant tätiges Personal

Personal: Forschung & Lehre		31.12.2023	Budget 2023
		Ist	Soll
NiWi/WiMi	nicht-/wissenschaftliche Mitarbeiterinnen	0,88	1,00
	inklusive Forschungssekretärin	0,88	1,00
Drittmittel-Projekte	wissenschaftliche Mitarbeiterinnen	1,68	1,80
		1,68	1,80
Σ	Personal: Vollkräfte gesamt	2,56	2,80

Abb. 20: Personal in Forschung & Lehre

4.2 LAUFENDE BERUFLICHE QUALIFIKATIONEN

Personalbereich	Laufende berufliche Qualifikationen	Teilnehmer*innen
Ärztlicher Dienst	Masterstudium: "Forensische Psychologie"	1 Oberarzt
Ärztlicher Dienst	WB "Schwerpunkt: Forensische Psychiatrie"	2 Oberärzte
Ärztlicher Dienst	Ausbildung "Facharzt für Psychiatrie"	1 Arzt
Ärztlicher Dienst	Ausbildung "DBT-Therapeut"	1 Oberarzt
Ärztlicher Dienst	Ausbildung "DBT-Trainer"	1 Oberarzt
Psychologischer Dienst	Masterstudium "Kriminologie, Kriminalistik und Polizeiwissenschaften"	1 Psychologin
Psychologischer Dienst	Ausbildung "Psychologische Psychotherapie"	8 Psychologinnen/ Psychologen
Psychologischer Dienst	Ausbildung "Rechtspsychologie"	1 Psychologin
Psychologischer Dienst	Ausbildung "Eye Movement Desensitization and Reprocessing"	1 Psychologin

Psychologischer Dienst	Ausbildung "Kollegiale Erstberatung"	1 Psychologe
Psychologischer Dienst, Komplementärtherapie	Ausbildung Trainer "Professionelles Deeskalationsmanagement"	1 Psychologe, 1 Ergotherapeut
Komplementärtherapie	Bachelorstudium "Ergotherapie"	1 Ergotherapeutin
Pflegedienst	Leitungskurs "Leitung von Pflege-, Funktions- und Wohngruppeneinheiten"	2 Pflegekräfte
Pflegedienst	Ausbildung "Pflegehelfer"	2 Pflegekräfte

Abb. 21: Laufende berufliche Qualifikationen

Die Daten der Abb. 21 zeigen laufende fachspezifische Qualifikationen des Personals, das am Stichtag 31.12.2023 in der Klinik angestellt war.

4.3 TEILNAHME AN VERPFLICHTENDEN INTERNEN WEITERBILDUNGEN

Einer klinikinternen Verfahrensweisung, im Falle des Basic-Life-Support-Kurses (BLS-Kurs), auch einer diesbezüglichen Universitätsmedizin Rostock (UMR)-weiten Anweisung folgend, waren in 2023 vereinzelte Teilnahmen an Veranstaltungen verpflichtend.

Die jährlichen Pflichtveranstaltungen „BLS-Kurs“ und „Jahresbelehrung“ sowie das einmalige Sicherheitstraining „Professionellen Deeskalationsmanagement“ (ProDeMa) und weiterführende Weiterbildungen sind wichtige Maßnahmen, um die Sicherheit am Arbeitsplatz sowie Patientensicherheit und Qualitätssicherung gewährleisten zu können. Das Schulungsangebot „Sicherheit: Modul 1 bis 3“ wurde im Jahr 2023 nicht mehr angeboten.

Im „BLS-Kurs“ werden lebensrettende Maßnahmen thematisiert und Wiederbelebung an Dummies praktiziert. Der ärztliche Dienst ist zusätzlich alle 2 Jahre verpflichtet, einen „Advanced Life Support-Kurs (ALS)“ mit den Schwerpunkten erweiterte Wiederbelebungsmaßnahmen mit Verabreichung von Medikamenten, Sicherung der Atemwege und Elektrotherapie zu belegen. Für das Personal der Unimedizin Rostock werden beide Kurse durch das Rostocker Simulationsanlage und Notfallausbildungszentrum (ROSANA) angeboten.

Die Teilnahme am „ProDeMa-Kurs“ ist für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit direkten Patientinnen- und Patientenkontakten verpflichtend. ProDeMa basiert auf einem patentierten, praxisorientierten, umfassenden, evaluierten innerbetrieblichen Präventions-, Handlungs- und Trainingskonzept. Fakultativ kann ein darauf aufbauendes praktisches „Sicherheitstraining“ absolviert werden.

In der Abb. 22 werden die (Nicht-)Teilnahmen an den angebotenen Pflichtweiterbildungen inklusive der Mitarbeitergespräche von jenen Mitarbeitenden aufgezeigt, die am Stichtag 31.12.2023 in der KFP angestellt waren.

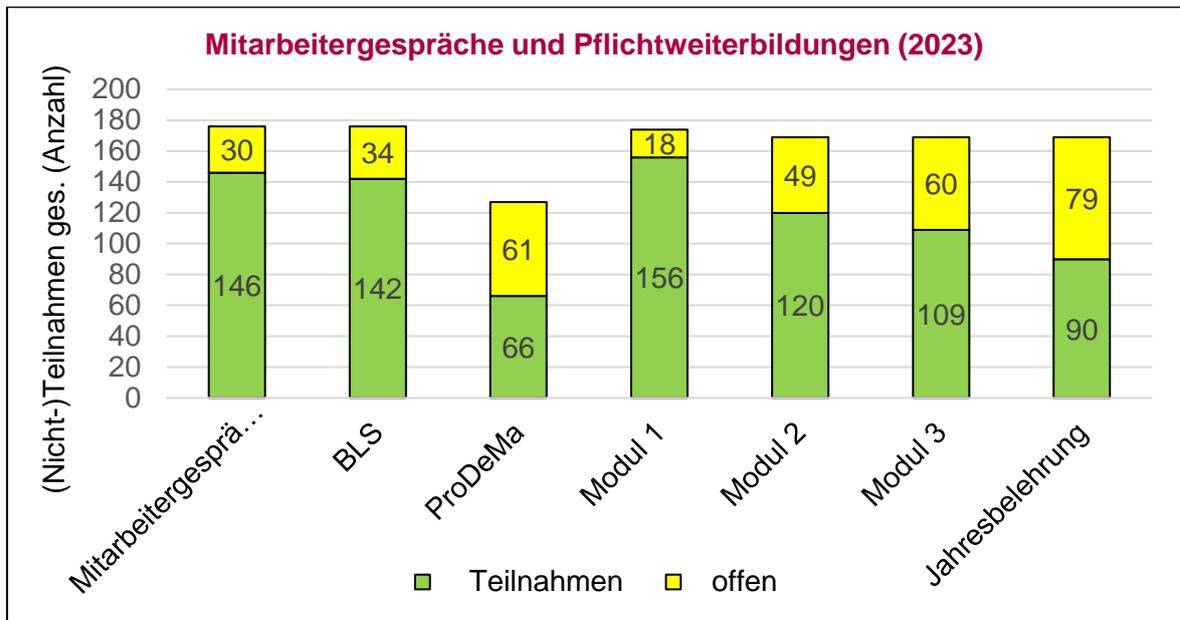


Abb. 22: Mitarbeitergespräche und Pflichtweiterbildungen

Für den ärztlichen und psychologischen Dienst sowie den Sozialdienst sind zusätzlich die sog. „Montagsfortbildungen“ obligatorisch. Weitere interessierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind ebenso willkommen. In diesen Fortbildungen werden aktuelle fachspezifische bzw. fachübergreifende Themen vorgestellt und diskutiert.

In der Abb. 23 werden Teilnahmen an Montagsfortbildungen des Personals ausgewiesen, das am 31.12.2023 in der Klinik angestellt war. Im Ergebnis konnten 81 % aller Teilnehmenden mindestens die Hälfte dieser Termine für sich in Anspruch nehmen.

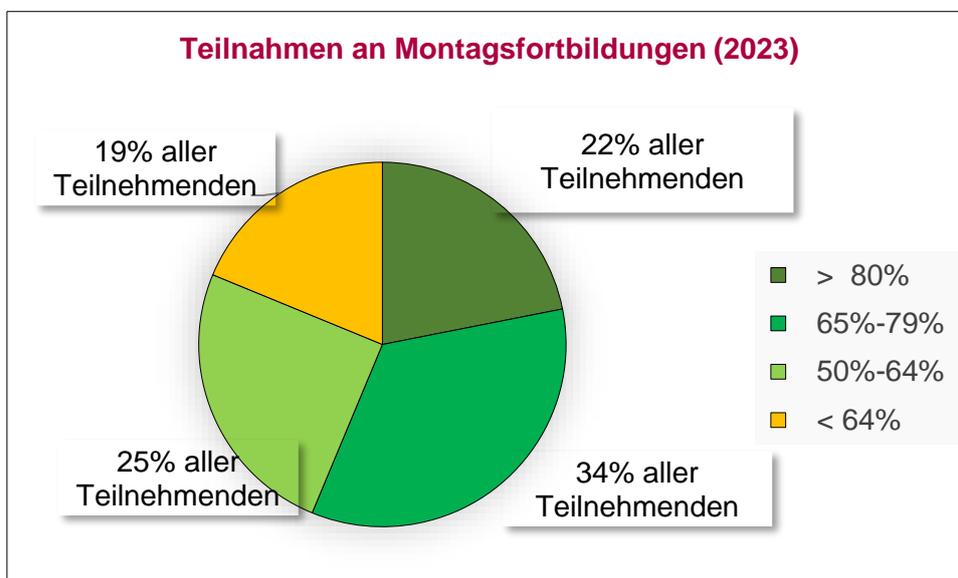


Abb. 23: Montags-Fortbildungen

Für Psychologinnen und Psychologen ist weiterhin die Weiterbildung „Historical, Clinical und Risk Management“, der sogenannte „HCR-20“ verpflichtend. Für Ärztinnen und Ärzte wird eine Teilnahme an dieser Weiterbildung empfohlen.

Auch 2023 trafen sich die Ärztinnen und Ärzte zu einem Workshop zum evidenzbasierten Verschreiben. Ziel ist, die neueste Literatur zur Psychopharmakotherapie sowie relevante Guidelines gemeinsam zu besprechen.

Weitere Teilnahmen an internen Fort- bzw. Weiterbildungen sind der Abb. 24 zu entnehmen.

Personalbereiche	PCL-R-Training 18 T/1 FB	SCID-Training 15 T/1 FB	Alarmgruppen-training 64 T/10 FB	Training: Fixierung 17 T/4 FB
Ärztlicher Dienst	4	5		
Psychologischer Dienst, Kriminologin	9	8	19	4
Sozialdienst	2			
Pflegedienst			37	12
Komplementärtherapie			9	1
Praktikanten	3	2	3	

Abb. 24: Weitere interne Fort- bzw. Weiterbildungen

Legende:

SCID-Training für „The Structured Clinical Interview“

4.4 WEITERE WEITERBILDUNGSVERANSTALTUNGEN

Personal der Klinik nahm an folgenden weiteren Fortbildungsangeboten teil:

Art der Weiterbildung	Weiterbildungsthemen, Kongresse etc.	Teilnehmerinnen/Teilnehmer
Externes Angebot	Forensischer Begutachtungskurs	1 Oberarzt
Externes Angebot	Dresdener Forensische Frühjahrstagung	2 Psycholog*innen
Externes Angebot	Jugendmaßregelvollzug als Chance	1 Psychologin
Externes Angebot	Münchener Herbsttagung	1 Psychologin
Externes Angebot	Zieloffene Suchtarbeit	1 Psychologin
Externes Angebot	Kriminaltherapie	1 Psychologin
Externes Online-Angebot	Seminar on Refugees and Mental Health	Klinikdirektorin
Externes Online-Angebot	Psychological Approaches Forensic Conversations Webinar “Fixated Threat, Paranoia and Delusional Disorder”	Klinikdirektorin
Externes Online-Angebot	Modern Law Network (MDLN) Criminal Law Series: Critical Perspective on Legal Insanity	Klinikdirektorin
Externes Online-Angebot	Psychological Approaches “It wasn’t me” – Questions of justice denial and risk	Klinikdirektorin
Externes Online-Angebot	Do’s and Dont’s in der Suchttherapie	Klinikdirektorin

Externes Online-Angebot	Langwirksame Therapieoptionen bei Opiatabhängigkeit	Klinikdirektorin
Externes Online-Angebot	26. Berliner Junitagung Institut für forensische Psychiatrie	Klinikdirektorin
Externes Online-Angebot	Netzwerktreffen Klinische Ethikberatung in der Psychiatrie	Klinikdirektorin
Externes Online-Angebot	Eikelborner Fachtagung	1 Psychologin
Kongress	Warnemünder Forensikkurs	1 Oberarzt
Sonstiges	Medizinstrategie Workshop der UMR	Klinikdirektorin
Sonstiges	Medicinal Cannabis – Theorie und Praxis (Besuch des Vortrags im Radisson Blue Rostock)	Klinikdirektorin
Sonstiges	Umgang mit Sexualstraftätern	1 Oberarzt, 2 Psycholog*innen
Sonstiges	Komplextraumatisierte Straftäter*innen	1 Psychologin
Sonstiges	Täterinnen-/Täterarbeit Umgang mit Betrügerinnen/Betrüger und psychopatischen Klientinnen/Klienten	1 Psychologin
Sonstiges	Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP)-Seminar	1 Psychologin
Sonstiges	Clankriminalität	1 Psychologin

Abb. 25: Weitere Weiterbildungen

Art der Weiterbildung	Teilnahmen mit eigenen Vorträgen	Vortragende
Externes Angebot	Fachtag Radikal der Fachhochschule Güstrow	Klinikdirektorin
Externes Online-Angebot	Lecture-Series McMasters University (2x)	Klinikdirektorin
Externes Online-Angebot	Forschungsförderung Nachwuchswissenschaftlerinnen/Nachwuchswissenschaftler	Klinikdirektorin
Kongress	Spanish Psychiatrists Meeting/Valencia	Klinikdirektorin
Sonstiges	HCR 20-Training (als Trainer)	Klinikdirektorin
Sonstiges	Doktorandenseminar	Klinikdirektorin
Sonstiges	Workshop im Rahmen des Clinician Scientist Programms (Gut Gremmelin)	Klinikdirektorin

Abb. 26: Teilnahmen an Weiterbildungen mit eigenen Vorträgen

Zusätzlich nehmen wir regelmäßig an der zweimal pro Jahr stattfindenden Bundesdirektorenkonferenz Forensische Psychiatrie teil und haben am Medizinstrategie-Workshop der UMR teilgenommen.

4.5 SUPERVISIONEN

Infolge der fachlichen und rechtlichen Spezifik bzw. der Komplexität des Maßregelvollzugs kommt der Beziehungsebene zwischen den untergebrachten Personen und dem Personal eine maßgebliche Bedeutung im therapeutischen Setting zu. Dementsprechend sollen Intervisionen und externe Teamsupervisionen die therapeutischen Teams in ihrer Arbeitsfähigkeit unterstützen. Sie sind somit ein wichtiges Merkmal der Prozessqualität. Teilnahmen der Supervisionsteams präsentiert die Abb. 27. Aufgrund eines Mangels an geeigneten Supervisoren gab es für zwei Teams kein Angebot.

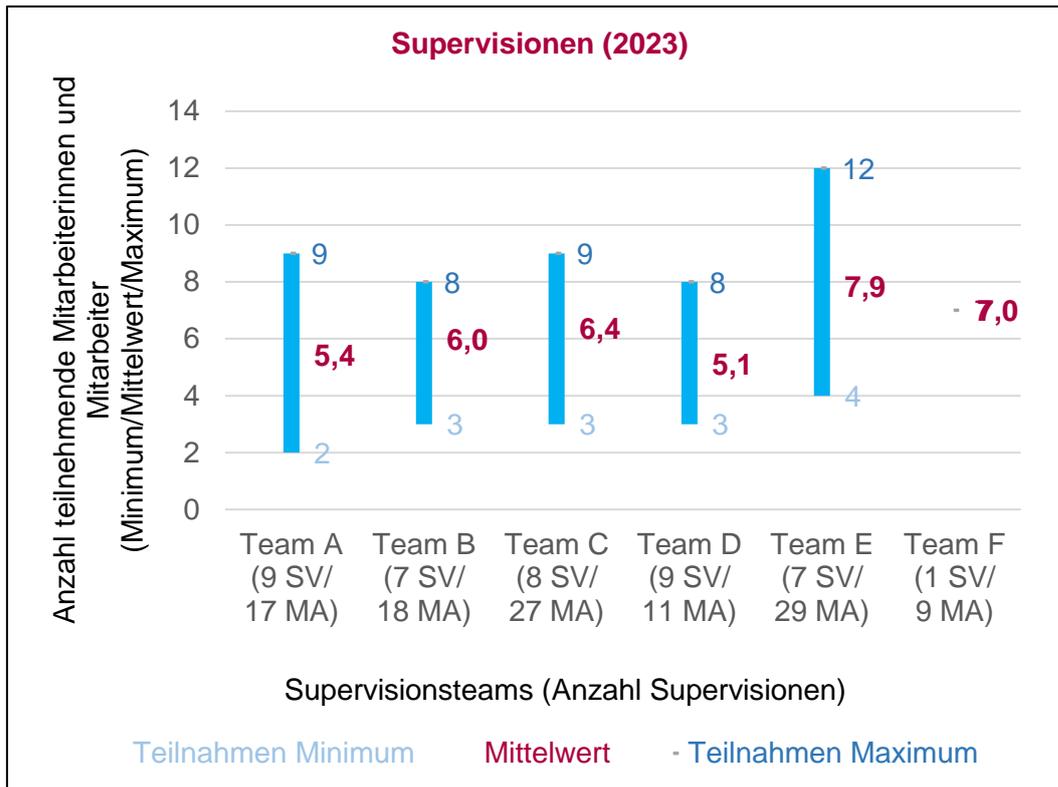


Abb. 27: Supervisionen

Es gibt auch die Möglichkeit der externen Einzelsupervision. Dieses Angebot wurde im Jahr 2023 nicht in Anspruch genommen.

5 SICHERHEIT

Da im Maßregelvollzug auf Therapie und Sicherheit fokussiert wird, sind auch dem Behandlungsauftrag entsprechend diverse allgemeine sicherheitsbezogene Grundsätze zu beachten. Craissati & Taylor (2014) folgend gewährleisten vier Aspekte die Sicherheit in forensischen Kliniken:

- Physische Maßnahmen, wie die Errichtung von Mauern und Zäunen
- Abläufe
- Beziehungen
- Therapie als vierter und wichtigster Aspekt in Bezug auf Sicherheit.

5.1 GRUNDSÄTZE

Grundsatz „Therapie und Sicherheit“: Die notwendigen Sicherheitsvorkehrungen betreffen die Gewährleistung der Sicherheit der Öffentlichkeit und der untergebrachten Patientinnen/Patienten sowie des Klinikpersonals.

Grundsatz „Gewährleistung von Sicherheit durch Qualitätssicherung“: Die Qualitätssicherung im Maßregelvollzug umfasst die Überwachung der Behandlungsprozesse, das Monitoring von Sicherheitsvorkehrungen sowie fachspezifische Schulungen des Personals.

Grundsatz „Risikoprävention“: Die Prävention bezieht sich beispielsweise auf Maßnahmen, die einen Rückfall in früheres Patientinnen- bzw. Patientenverhalten reduzieren können, wie die Einnahme von Suchtmitteln und/oder die Verübung von Straftaten etc. In Bezug auf das Personal sind Risikopräventionen von Seiten des Arbeitgebers notwendig, da dieser für deren Gesundheit und Sicherheit verantwortlich ist.

Die Anwendung dieser Grundsätze spiegelt sich beispielsweise in den graduellen Lockerungen wider, die zuvor zwingend notwendige Überprüfungen des jeweils aktuellen Therapiestandes wie auch sicherheitsrelevanter Aspekte sowie eine finale Genehmigung durch die Klinikdirektorin erfordern.

5.2 BESONDERE VORKOMMNISSE

Meldepflichtige Vorkommnisse	2021	2022	2023
Entweichungen	1	0	1
Nichtrückkehr aus der Gewährung einer selbständigen Lockerung	1	1	6
Begehung von Straftaten während einer selbständigen Lockerung	1	0	7
Straftaten zum Nachteil von Personal (körperliche Angriffe)	8	16	14
Verdacht des Verstoßes gegen das BtMG/NpG	2	8	11
Geiselnahme	0	0	0
Suizid	0	0	0
Suizidversuche	2	1	0
Auffinden sicherheitsrelevanter Gegenstände - Waffen o. a.	6	6	5
Brandfälle	2	3	2
Sonstige außergewöhnliche Sicherheitsstörungen, hier vermerken wir körperliche Angriffe auf Patientinnen bzw. Patienten	12	21	19

Abb. 28: Meldepflichtige Vorkommnisse

Das Landesamt für Gesundheit und Soziales bezeichnet besondere Vorkommnisse als solche, die bei ihnen gemeldet werden müssen. Abb. 28 zeigt die Anzahl der verschiedenen Kategorien von Vorkommnissen in den letzten drei Jahren.

Im Jahr 2023 wurde insgesamt 15 Mal polizeiliche Amtshilfe notwendig, von denen sechs Einsätze innerhalb der Klinik erforderlich waren (2022: insgesamt 11 Einsätze; 2021: insgesamt 24 Polizeieinsätze). Neun der 15 Polizeieinsätze wurden infolge von Nichtrückkehrern aus selbständigen Lockerungen, Missbrauch einer Lockerungsstufe bzw. einem Ermittlungsverfahren notwendig.

Der relativ geringe Einsatz von Polizeikräften innerhalb der Klinik lässt sich mit strukturellen und operativen Verbesserungen begründen.

5.3 ZWANGSMAßNAHMEN

Zwangmaßnahmen müssen ärztlich angeordnet werden und vor Anordnung einen Abwägungsprozess durchlaufen, so dass sichergestellt werden kann, dass die angewendete Maßnahme *angemessen*, *notwendig* und das *mildeste Mittel* zum Erreichen des Zweckes ist. Die Anordnung und die Abwägung sind von einer Ärztin bzw. einem Arzt in der Patientendokumentation schriftlich festzuhalten.

Als Zwangsmaßnahmen wurden in unserer Fachklinik partiell die medikamentöse Zwangsbehandlung, die Fixierung, die Isolierung in einen Krisenraum sowie der Zimmereinschluss, d. h. die Separierung im eigenen Zimmer, angeordnet.

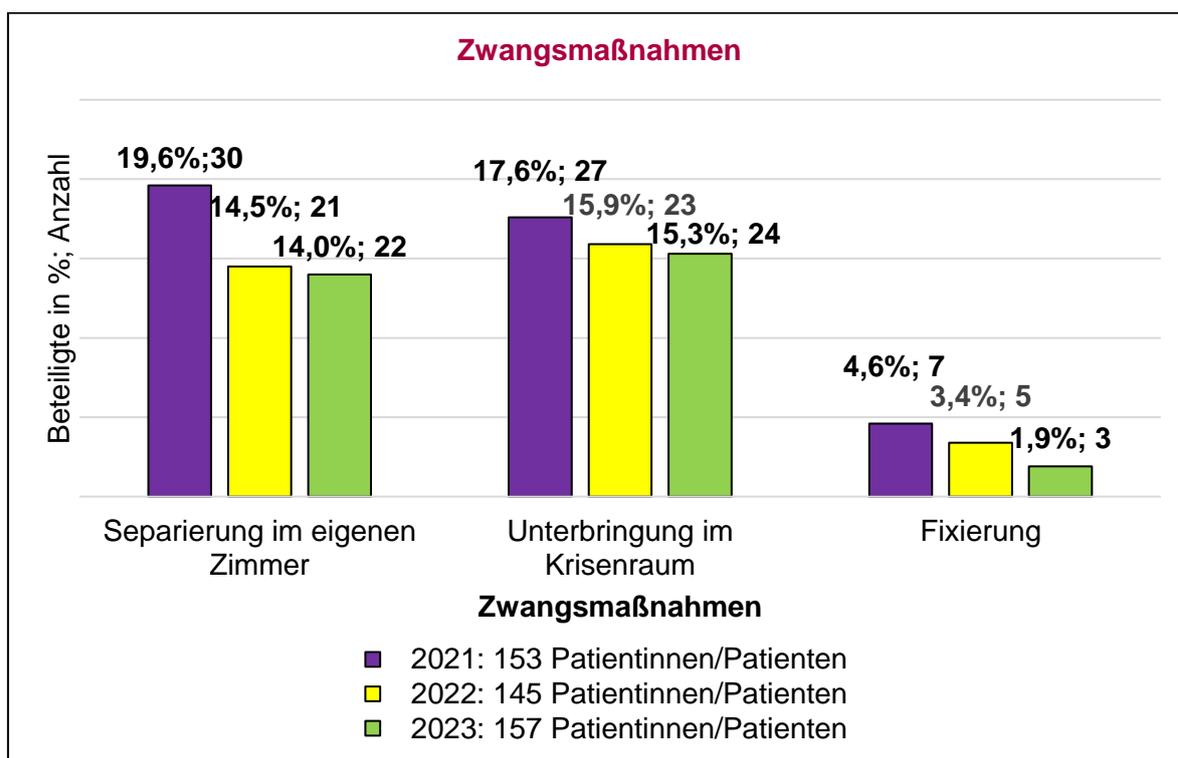


Abb. 29: Trend der Zwangsmaßnahmen

Tendenziell konnte ein Rückgang der Zwangsmaßnahmen verzeichnet werden. Abb. 29 zeigt die Prozentsätze der Patientinnen und Patienten, die insgesamt von der jeweiligen Maßnahme betroffen waren. Abb. 30 bis 32 weisen die Prozentsätze der Maßnahmen mit entsprechender Länge aus.

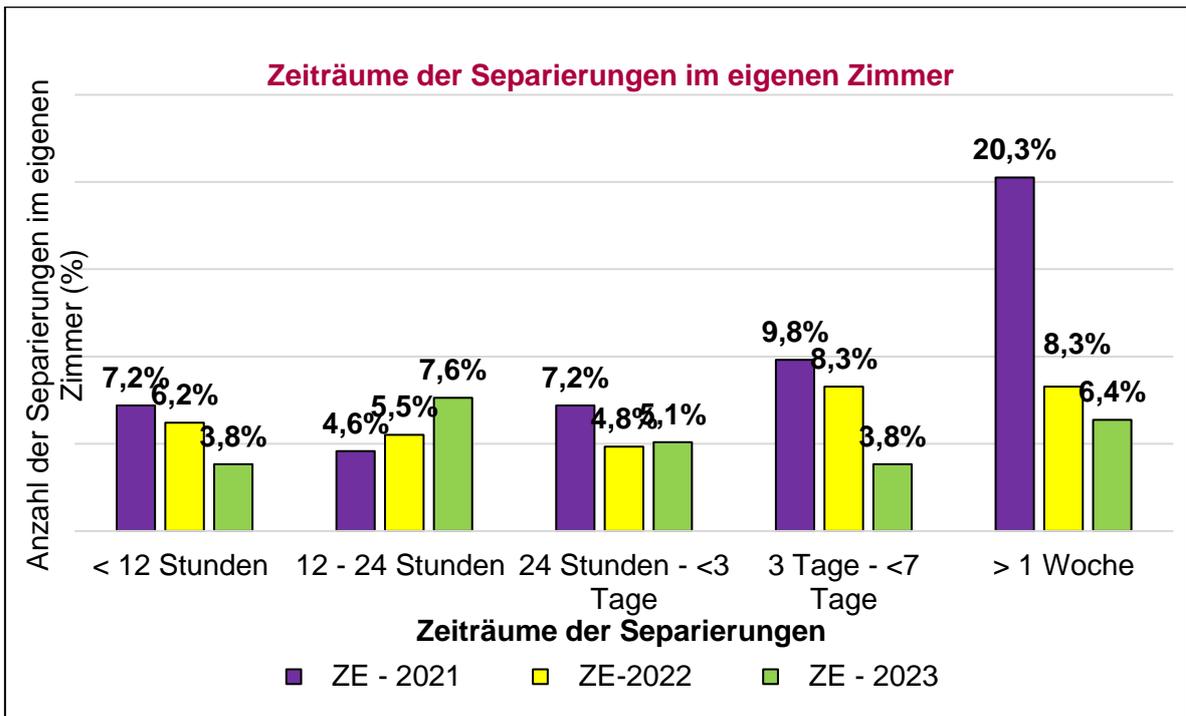


Abb. 30: Zeiträume der Separierungen im eigenen Zimmer

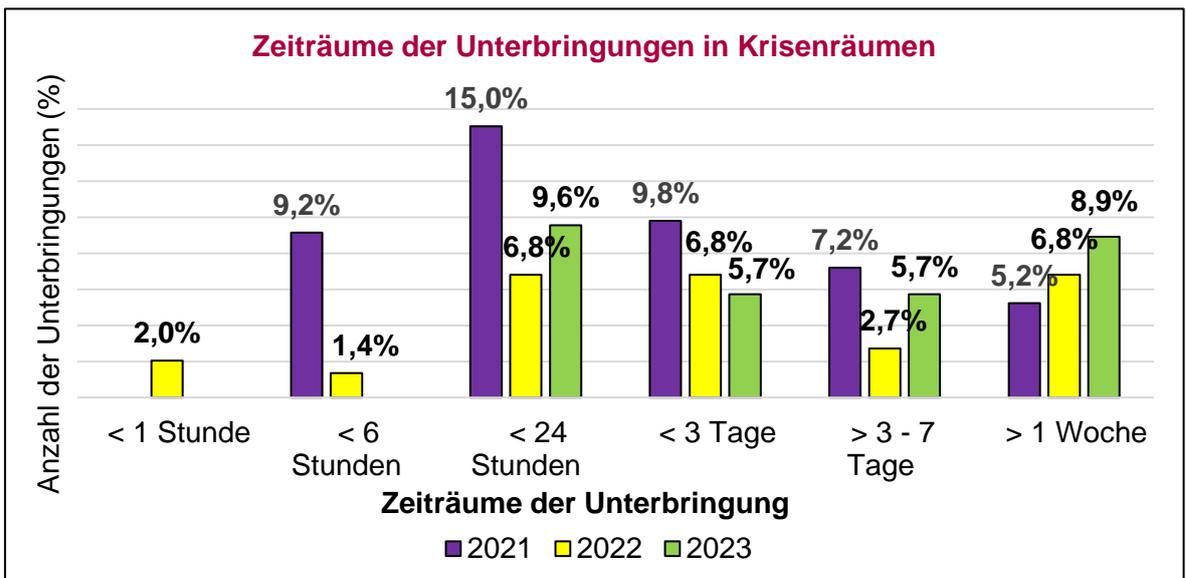


Abb. 31: Zeiträume der Krisenraumunterbringungen

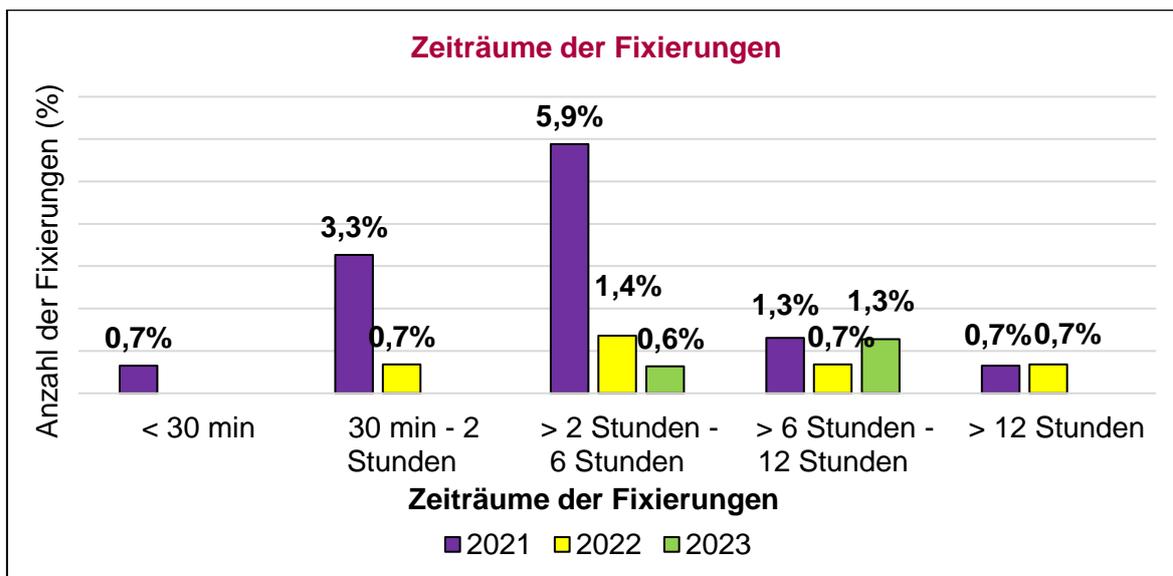


Abb. 32: Zeiträume der Fixierungen

Bei einem Patienten wurde im Jahr 2023 eine Zwangsmedikation genehmigt.

6 QUALITÄTSMANAGEMENT

Qualitätsmanagement ist auch im forensisch-psychiatrischen Setting, von der betriebswirtschaftlichen Perspektive abgeleitet, ein professioneller und institutionsweiter Ansatz, der darauf abzielt, die Qualität von Behandlungsangeboten und diesbezüglich unterstützenden Dienstleistungen hinsichtlich ihrer Erfüllung von Anforderungen und Standards zu planen, zu steuern und zu verbessern.

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) regelt die Verpflichtung zur Einführung eines internen Qualitätsmanagements sowie die Beteiligung an Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden externen Qualitätssicherung (§ 135a SGB V) etc.

Qualitätssicherung ist ein Teil des Qualitätsmanagements, der in Krankenhäusern darauf abzielt, Vertrauen darauf zu schaffen, dass die Anforderungen an die Behandlungsqualität erfüllt werden. Für Krankenhäuser im Allgemeinen gibt es Vorgaben vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), die die Qualitätssicherung anhand konkreter Qualitätsanforderungen für bestimmte Bereiche beschreiben. Im Gegensatz dazu müssen für forensische Bereiche qualitätssichernde Anforderungen erst entwickelt werden, die die Spezifik forensisch-psychiatrischer Kliniken bzw. Stationen/Abteilungen über Grunddaten hinaus, wie beispielsweise Basisdokumentationen, abbilden.

In unserer Klinik werden *Qualitätskriterien* weiterentwickelt, die symbolisch unserem institutionellen Fingerabdruck gem. unserem Leitbild entsprechen, im Sinne von:

- Aufgabenorientierung
- Patientinnen-/Patientenorientierung
- Mitarbeiterinnen-/Mitarbeiterorientierung
- Leitung
- Qualitätsmanagement

In der Klinik für Forensische Psychiatrie Rostock ist die festangestellte Qualitätsmanagementbeauftragte (QMB) unter der Leitung der Klinikdirektorin ein wichtiges Bindeglied zwischen allen innerklinischen Bereichen und Prozessen. Dabei wird auch mit

den Mitgliedern der Klinikleitung auf Augenhöhe kommuniziert, um die permanente Weiterentwicklung unseres klinischen Qualitätssystems weiter zu forcieren.

Die QMB der Klinik für Forensische Psychiatrie nahm an einem Netzwerktreffen der Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen des Fachbereiches Forensische Psychiatrie teil.

6.1 QUALITÄTSKRITERIEN UND DIMENSIONEN

Behandlungen im MRV sind weder mit normalen Krankenhausbehandlungen noch mit psychiatrischen Behandlungen zu vergleichen. Behandlungen im MRV heben sich unter anderem durch das Ziel der Besserung und Sicherung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen, die aufgrund ihrer psychischen Erkrankung in Konflikt mit dem Gesetz geraten sind, von Behandlungen in anderen Krankenhäusern ab. Der Anwendung des Strafrechts folgt in der Regel eine mehrjährige forensisch-psychiatrische Behandlung, die der Verbesserung der Erkrankung der psychisch Kranken sowie dem Schutz der Bevölkerung dienen soll.

Die Besonderheiten des MRV lösen bei den direkten und indirekten Beteiligten unterschiedliche *Erwartungshaltungen bzw. Beurteilungsebenen* aus:

- Die Gesellschaft fordert Schutz für Leib und Leben.
- Die Klinikverantwortlichen möchten, dass die richtigen Maßnahmen ergriffen werden (Effektivität), bei gleichzeitig optimalem Einsatz von verfügbaren Ressourcen für kostengünstige Behandlungsergebnisse (Effizienz).
- Das Personal erwartet die Anhebung der Gehälter, mehr Sicherheit im Umgang mit Patientinnen und Patienten, deren Verhaltensweisen bisweilen durch ein hohes Aggressionspotenzial dominieren, sowie mehr Entscheidungsfreiheiten in Behandlungsprozessen.
- Patientinnen und Patienten zielen partiell eher auf mehr Therapien sowie eine zügige Gewährung von Lockerungsstufen ab. Viele Untergebrachte plädieren für eine Anhebung des Taschengeldes und des Verpflegungsgeldes sowie die Nutzung von Einzelzimmern u. v. a. m.

Es verwundert daher kaum, dass der Begriff Qualität im MRV je nach Perspektive abweichend definiert werden kann.

Um dem vielschichtigen Begriff Qualität im MRV zumindest ansatzweise gerecht werden zu können, wird wie in der Gesundheitsversorgung allgemein das Qualitätsmodell von Donabedian (1990) mit seinen drei Dimensionen verwendet: Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität.

Qualitätsdimensionen in der Klinik für Forensische Psychiatrie Rostock

Strukturqualität: Auch in diesem Jahresbericht geben wir wieder Auskunft über strukturbezogene Qualitätskriterien. Dazu gehören innerklinische Organisationsstrukturen, differenzierte Behandlungsangebote, fachbezogene Aus- und Weiterbildungen des Personals sowie die klinische Ausstattung mit Geräten für medizinische Notfälle. Für eine grundlegende Verbesserung der Strukturqualität wurde bereits im Jahr 2020 eine Umstrukturierung von Stationen initiiert, die auch zukünftig Relevanz aufweist.

Prozessqualität: Hierunter verstehen wir die Qualität der Diagnostik sowie die Qualität und Quantität durchgeführter Therapiemaßnahmen. Beispiele für die Verbesserung der Prozessqualität:

- Verwendung evidenzbasierter Diagnostikinstrumente für die Diagnostikplanung.
- Primäres Befolgen der Behandlungsleitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
- Durchführung von CA- bzw. OA-Visiten (2 x monatlich)
- Partizipation mit Patientinnen bzw. Patienten (Diskussionen, Planungen etc.)
- Lockerungskonferenzen (1 x wöchentlich)
- Aktualisierung neuer Behandlungsmethoden bei neuer Evidenz
- Einführung neuer Behandlungsmethoden, bspw. Psychoedukation
- u. v. a. m.

Ergebnisqualität: Diese Qualitätsdimension umfasst u. a. die Dauer der Behandlung, das subjektive Wohlbefinden, Rückfallrisiken in Bezug auf Straffälligkeit und die Einnahme verbotener Substanzen wie Alkohol und Drogen. Für die Verbesserung der Ergebnisqualität werden beispielsweise Teilnahmen an Pflichtweiterbildungen dem jährlichen Monitoring durch das Qualitätsmanagement unterzogen sowie zusätzlich zu den Pflichtweiterbildungen spezialisierte Aus- und Weiterbildungen für das Personal angeregt.

Letztendlich geht es stets darum, die Erreichung individueller Behandlungsziele, die Besserung und Sicherung von Patientinnen und Patienten zu bewirken, um diese erfolgreich aus dem klinischen Setting entlassen zu können. Qualitätssicherung beschreibt, wie dieses Ziel so effektiv, effizient und zeitnah erreicht werden kann. Mit den vorhandenen Grunddaten, wie Strukturdaten, aus Verfahrensanweisungen, von Qualitätsinstrumenten sowie aus Konzepten (Klinikkonzept, Stationskonzepte u. a.), sind diese Ziele der Qualitätssicherung auch in der KFP nur unzureichend eruierbar.

Für unsere Fachklinik ist deshalb das Monitoring ein weiterer wichtiger Bestandteil der *Qualitätssicherung*.

Zusammenfassung: Maßnahmen in Bezug auf Messgrößen, die möglicherweise zukünftig Qualitätsindikatoren unserer Klinik darstellen:

- Patientenorientierung:
 - Fristgerechte Diagnostik- und Behandlungsplanung
 - regelmäßige Überprüfung individueller Therapiefortschritte
 - CA-/OA-Visiten
 - Lockerungsmanagement
 - quantitative und qualitative Überprüfung und Erfassung von Zwangsmaßnahmen, um mögliche Verbesserungspotenziale initiieren zu können
 - Patientenbefragung zur Erfassung von Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten sowie von Verbesserungspotenzialen in Form von Fragebögen (erstmalig: 2019/2020) und regelmäßigen Treffen der Klinikdirektorin mit den Patientinnen und Patienten
 - Einhaltung von Dokumentationsfristen
 - Überprüfung/Aktualisierungen patientinnen-/patientenbezogener Anweisungen und Verfahrensanweisungen etc.

- Mitarbeiterorientierung:
 - Quartalsweise Überprüfung von Sicherheitsmaßnahmen (Pagerkontrollen, Kontrollen der Stationsräume etc.)
 - Jährliche Erfassung von Mitarbeiterqualifikationen
 - Teilnahmen an Pflichtweiterbildungen sowie klinikrelevanten Fort- und Weiterbildungen
 - Besuche/Begehungen der Klinikdirektorin auf allen Stationen
 - Teilnahmen an Supervisionen
 - Überprüfung/Aktualisierungen personalbezogener Anweisungen und Verfahrensanweisungen etc.
- Leitungsbezogenheit:
 - Halbjährliche Leitungseinkehr
 - 14-tägige Klinikleitungssitzungen
 - Monatliche Stationsleitungssitzungen
 - Monatliche Teamsitzungen.
- Sicherheitsmanagement:
 - Umsetzung von Struktur- und Prozessvorgaben
 - Überprüfung/Aktualisierungen sicherheitsrelevanter Anweisungen und Verfahrensanweisungen
 - Rückgang von Zwangsmaßnahmen bzw. deren Zeiträume
- Externe Qualitätssicherung:
 - Inspektionen bzw. Überprüfungen durch die Innenrevision der Universitätsmedizin Rostock (Thema: Zwangsmaßnahmen) und dem regionalen Sozialministerium, der Besuchskommission (Themenvielfalt) etc.

6.2 EFFEKTIVES QUALITÄTSMANAGEMENT

Insbesondere in den letzten drei Jahren haben wir uns klinikintern verstärkt der Struktur- und Prozessqualität zugewendet, um zukünftig vor allem medizinische und/oder sicherheitsrelevante Prozesse und Behandlungsergebnisse besser und nachhaltiger realisieren zu können¹². Hierbei wurde stets auch dem Aspekt der Patientinnen- und Patientensicherheit¹³ Rechnung getragen.

Unsere *Qualitätspolitik* orientiert sich an dem hoheitlichen Auftrag der MRV-Kliniken sowie an der Qualitätspolitik der Universitätsmedizin Rostock:

- Besserung und Sicherung unserer Patientinnen und Patienten mit dem Ziel, die Patientenversorgung sowie die Patienten- und Mitarbeitersicherheit kontinuierlich zu verbessern.
- Medizinische, verantwortungsvolle Versorgung, Schwerpunkt psychiatrisch-forensische Behandlung
- Engagierte bundesweite Forschung und Ausbildung zum Wohle der Patientinnen und Patienten.
- Die Patientinnen bzw. Patienten stehen immer im Mittelpunkt unseres Einsatzes.

¹² siehe unter 6.1 Qualitätsdimensionen

¹³ Im MRV kann Patientinnen- und Patientensicherheit als ein Spannungsfeld zwischen „Besserung“ und „Sicherung“ der untergebrachten Personen beschrieben werden, deren Bedeutung im langfristigen Fallmanagement präsent ist.

- Sektorenübergreifende Qualitätssicherung: enge Kommunikation und Kooperation mit diversen Stakeholdern, wie regionalen Ministerien, der Universitätsmedizin Rostock, Nachsorgeeinrichtungen etc.
- Sicherung der Ergebnisqualität durch fortlaufendes Monitoring von Kennzahlen und Indikatoren sowie ein partizipatives, kontinuierliches Qualitätsmanagement.

Die qualitätsbezogene *Strategie* der Klinik für Forensische Psychiatrie zielt auf die Weiterentwicklung der forensischen Forschung und Lehre sowie der Krankenversorgung ab. Wir sind somit national kompetente und leistungsstarke Partner. Mit exzellenten Forschungsprojekten sind wir national und international präsent. Die Ziele und Schwerpunkte der operativen Ziele wurden bereits in den vorhergehenden Kapiteln ausführlich beschrieben, weshalb an dieser Stelle auf eine Wiederholung verzichtet wurde.

Die Qualitätspolitik, die Qualitätsstrategien und die Ziele bilden unser Fundament für ein effektives Qualitätsmanagement, ganz im Sinne von Patientinnen- und Patientenorientierung und Mitarbeiterinnen- und Mitarbeiterorientierung.

6.3 BESCHWERDEMANAGEMENT

Das Beschwerdemanagement ist insbesondere für psychisch Kranke ein wichtiger Bestandteil der Patientinnen- und Patientenversorgung. Sie haben oft Schwierigkeiten, ihre Interessen und Rechte gegenüber medizinischem Personal wahrzunehmen bzw. ihre Sorgen mitzuteilen.

Insgesamt 43 Patientinnen und Patienten formulierten kritische Anregungen an das interne Beschwerdemanagement. Weitere 51 Beschwerden wurden extern überwiegend an das Beschwerdemanagement der Universitätsmedizin Rostock adressiert. Aus der Patientinnen- bzw. Patientenperspektive betrachtet wurden uns dadurch Möglichkeiten zur Verbesserung der Qualität der forensisch-psychiatrischen Versorgung angezeigt.

Obgleich wir bei Konflikten und Unzufriedenheiten eine lokale Konfliktlösung anregen, weisen wir Patientinnen und Patienten auch gezielt auf ihre Beschwerdemöglichkeiten hin. Hierzu gehören die Information über Beschwerdemöglichkeiten, inklusive Adressen lokaler und überregionaler Stellen, in der Aufnahmemappe sowie Aushänge auf allen Stationen, deren Vollständigkeit regelmäßig überprüft wird.

Die Abb. 33¹⁴ bis Abb. 36 beziehen sich auf das Monitoring des Beschwerdemanagements der Klinik.

¹⁴ Patientinnen der Frauenstation hatten sich nicht beschwert.

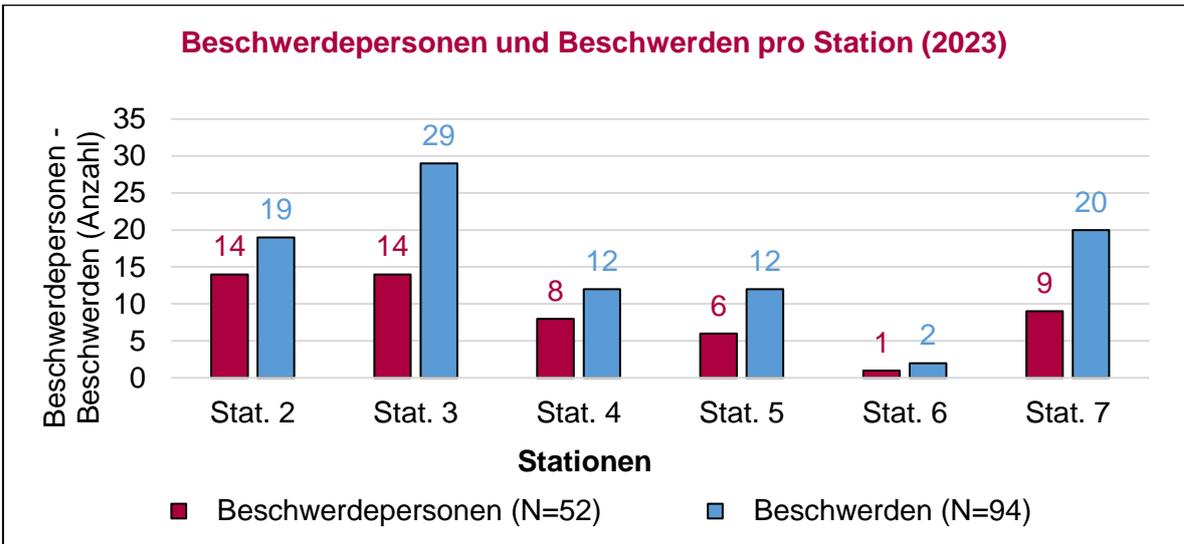


Abb. 33: Beschwerdepersonen und Beschwerden pro Station

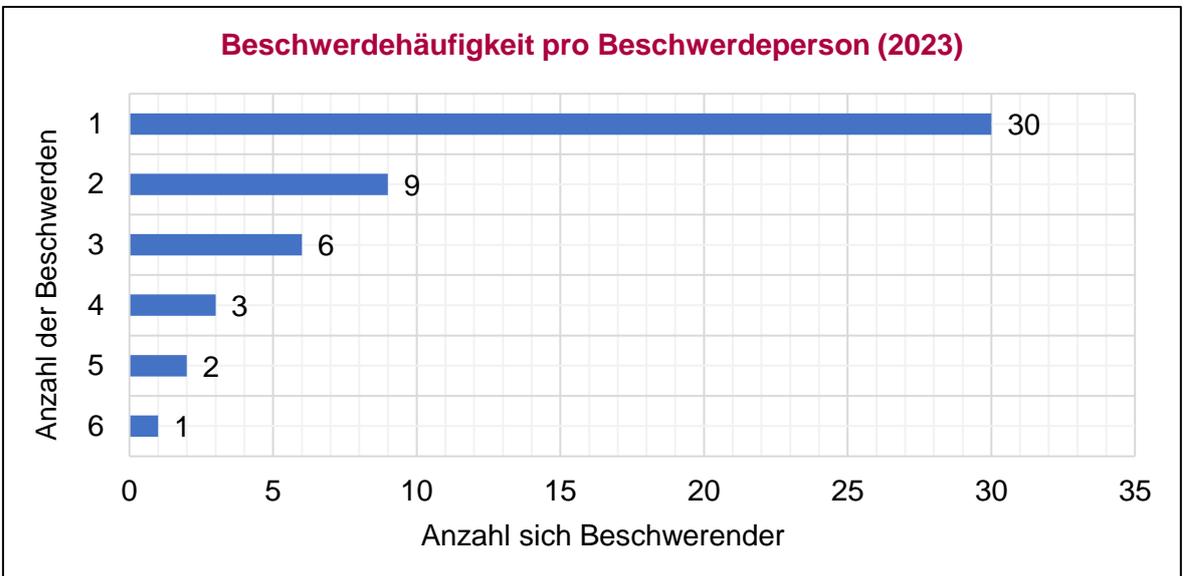


Abb. 34: Beschwerdehäufigkeit pro Beschwerdeperson

Insgesamt 30 Beschwerdepersonen gaben jeweils eine Beschwerde ab, wo hingegen eine Beschwerdeperson als Maximum sechs Beschwerden verfasste, s. Abb. 34.

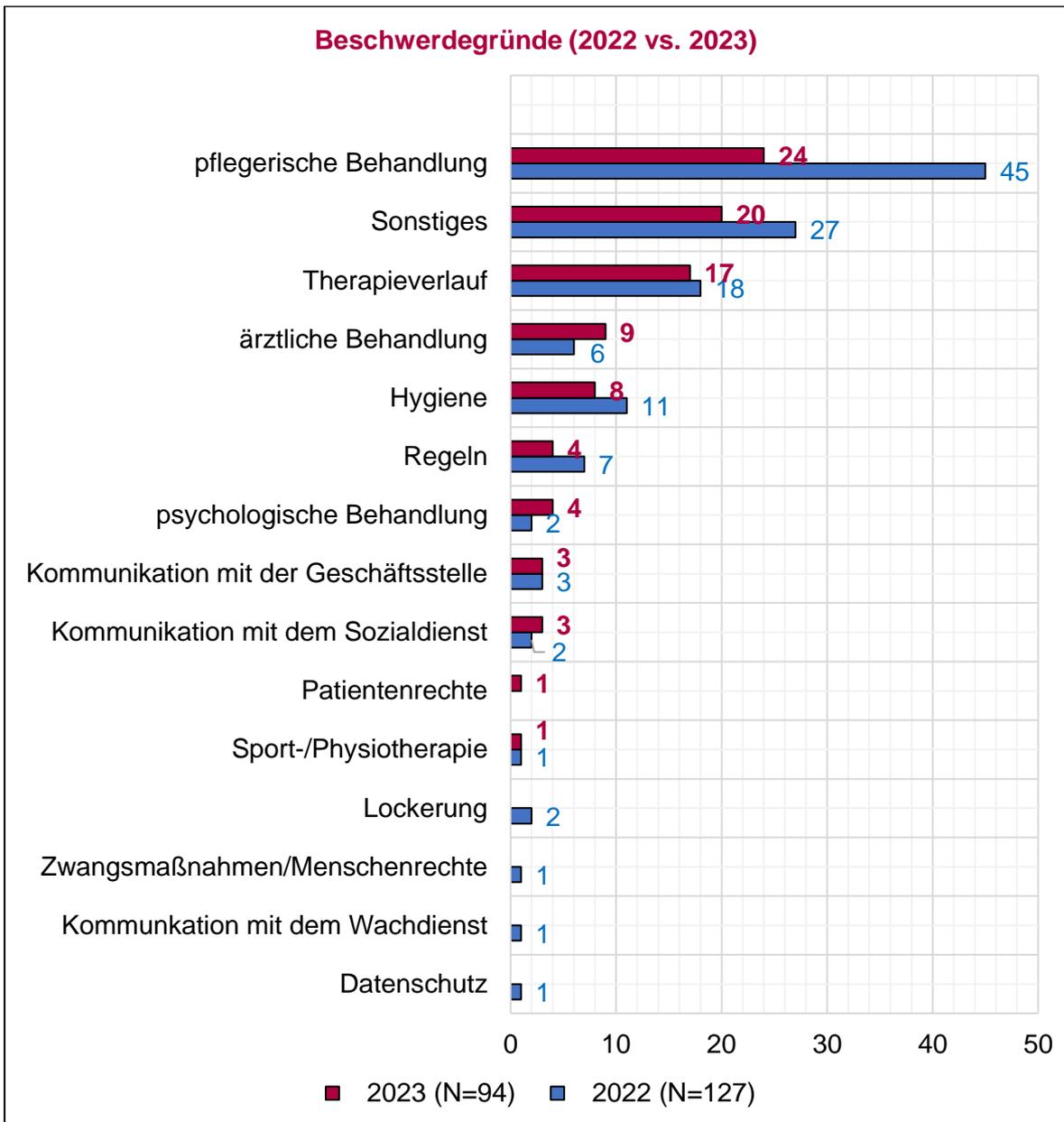


Abb. 35: Beschwerdegründe

Sich intern Beschwerende erhielten innerhalb von drei Tagen nach Eingang ihrer Beschwerde zu 76,7 % ein Eingangsschreiben¹⁵ (2022: 68,4 %). Das impliziert, dass weitere 23,3 % sich beschwerende Patientinnen bzw. Patienten erst nach drei Tagen bzw. kein Eingangsschreiben bekamen.

Für den Bearbeitungsprozess von Beschwerden beträgt die Zielvorgabe 10 Tage. Dieses Ziel wurde zu 66,0 % realisiert (2022: 63,2 %).

Personalausfälle waren auch im Jahr 2023 der vorherrschende Faktor, der dazu beigetragen hat, dass die Zielvorgaben weder für fristgerechte Eingangsschreiben bei internen Beschwerden noch in Bezug auf die Gesamtbearbeitungszeit aller Beschwerden umgesetzt werden konnten.

¹⁵ Eingangsschreiben werden an Beschwerdepersonen versendet, wenn Beschwerden an das klinikinterne Beschwerdemanagement gerichtet werden.

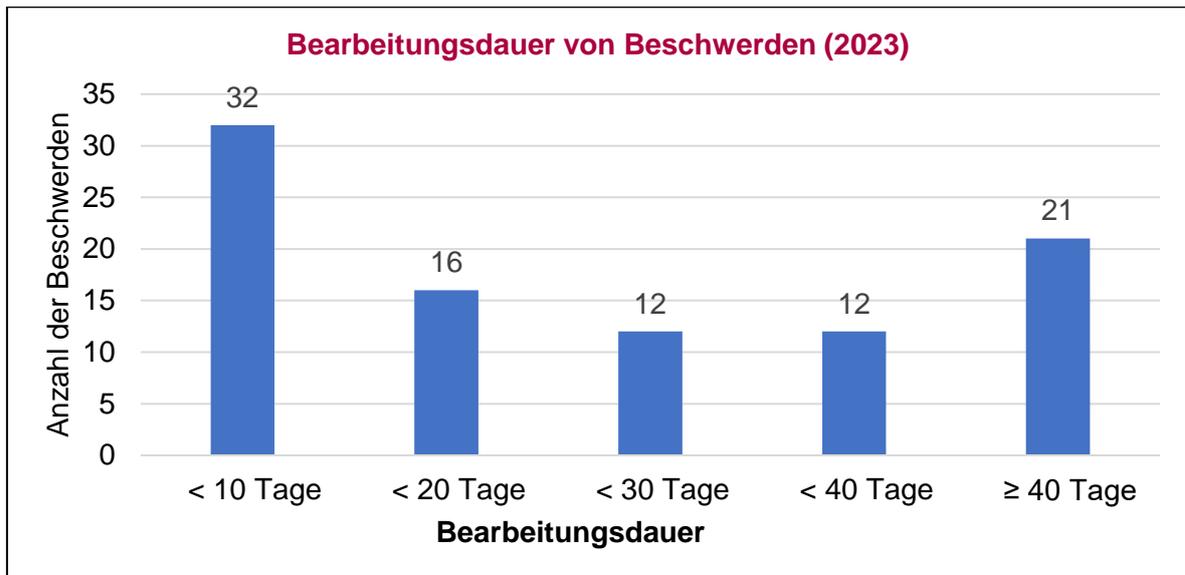


Abb. 36: Bearbeitungszeiten aller 94 Beschwerden

6.4 KONTINUIERLICHE VERBESSERUNGEN/KLINIKBEREICH

Für die Sicherung und Verbesserung von Qualität wurden in den Organisations- und Behandlungsbereichen diverse intern gültige Vorgaben im Qualitätsmanagement auf Notwendigkeit und Aktualität überprüft bzw. neu erarbeitet und implementiert, beispielsweise:

im Personalbereich

- Überarbeitung/Implementierung der Richtlinie „Krankmeldungen von Personal“
- Überarbeitung/Implementierung der Richtlinien für „Weiterbildung und Supervisionen“

im Bereich Sicherheit/Wachbereich

- Erarbeitung/Implementierung eines Protokolls für Alarmgruppeneinsätze mit körperlichem Kontakt von Personal
- Überarbeitung der Vorgaben in Bezug auf erlaubte bzw. nicht erlaubte Gegenstände
- Durchführung/Analyse von zwei Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen

in den Stationsbereichen

- Erarbeitung/Implementierung eines Willkommens-/Infobriefes für zu erwartende Patientinnen/Patienten
- Bereitstellung von individuellen Patienteninformationsheftern für Neuaufnahmen, jetzt auch auf Englisch, Französisch und Russisch, teilweise auf Arabisch.
- Erarbeitung/Implementierung eines Informationshefters „Patientenrechte im MRV“
- Erarbeitung einer neuen Dokumentationsvorlage für die Anordnung und Abgabe von Medikamenten, inklusive einer Anordnung „Anwendung von Arzneimitteln“
- Erarbeitung/Implementierung des Procederes bei personalbedingten Separierungen in den Patientenzimmern.
- Überarbeitung des Genehmigungsprozesses für Ausführungen und Ausgänge von Patientinnen/Patienten

- Erarbeitung/Implementierung einer Anordnung, wie bei einem medizinischen bzw. organisatorischen Notfall vorzugehen ist, inklusive Checkliste „Vorgehen bei einem medizinischen Notfall“
- Überarbeitung aller Stationskonzepte

im Bereich der Komplementärtherapien

- Aktualisierung der Richtlinie „Nutzung von Sportplätzen“
- Aktualisierung des Konzeptes für den Bereich der Ergotherapie
- Diverse, von Personal unterstützte Teilnahmen an internen und externen sportlichen Events.

Weiteres

- Implementierung einer, von Personal begleiteten Musikgruppe „Gitarre“
- Treffen von Mitgliedern der Klinikleitung mit Patientinnen/Patienten, die eine Patientenzeitung erarbeiten möchten.
- Durchführung des ersten Informationsabends für Angehörige

Die klinikinterne Qualitätsmanagementgruppe setzte sich im Jahr 2023 insgesamt 18 Mal zusammen. Aufgrund anderer Verpflichtungen, d. h. Abwesenheiten mehrerer Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer, konnten sieben Termine nicht realisiert werden.

7 FORSCHUNG & LEHRE

Forschungsteam: Das Forschungsteam bestand am 31.12.2023 neben Frau Prof. Dr. med. Völlm PhD MRCPsych DiplForPsych aus zwei wissenschaftlichen Forschungsmitarbeiterinnen (Drittmittelfinanzierung), einer forschenden Psychologin sowie einer Forschungssekretärin.

Promotionen: Im Jahr 2023 wurden in der Klinik 14 Promovendinnen bzw. Promovenden mit folgenden Themen betreut:

- Neuropsychologische Parameter als Verlaufsprädiktoren
- Vorhersage von Therapieabbrüchen
- Lebensqualität bei Patientinnen/Patienten im Maßregelvollzug
- Evaluation der Effekte des Deeskalationstrainings
- Implementierung von Genesungsbegleitung in der Forensischen Psychiatrie (2 Promovendinnen)
- Validierung der deutschen Version der Recovery Assessment Scale (RAS-G) im Setting der forensischen Psychiatrie
- Zahnstatus bei Patientinnen/Patienten in der forensischen Psychiatrie
- Effekt eines Präventionsangebotes auf den Zahnstatus und die Mundhygiene in der forensischen Psychiatrie
- Evaluation des Safewards-Modells in der Klinik für Forensische Psychiatrie Rostock
- Standards in der forensisch-psychiatrischen Behandlung
- Anwendung von und Erfahrung von Patientinnen/Patienten mit Zimmereinschluss
- Validierung der deutschen Version des Forensic Restrictiveness Questionnaire
- Prävalenz von Rauchen und Rauchstopp im Maßregelvollzug
- Outcomes nach Entlassung aus dem Maßregelvollzug

Eine Promovendin hat ihre Doktorarbeit zur „Implementierung von Genesungsbegleitung in der Forensischen Psychiatrie“ erfolgreich mit Summa cum laude abgeschlossen.

Publikationen		Impaktfactor ¹⁶
1.	Walde P, Völlm B (eingereicht): Effekte von Genesungsbegleitung in der Psychiatrie und Best Practice der Implementierung: Ein Systematischer Review von Reviews.	
2.	Subramanian S, Völlm B (eingereicht): Clozapine dose for schizophrenia. Clozapine Cochrane.	
3.	Tomlin J, Meise E, Wegner J, Völlm B (eingereicht): Mandatory substance use treatment for justice-involved persons in Germany: A systematic review of reoffending, treatment and the recurrence of substance use outcomes.	
4.	Scheuschner L, Walde P, Völlm B (eingereicht): Prädiktoren der Erledigung bei nach §64 StGB untergebrachten Patienten – Ein Literaturreview.	
5.	Scheuschner L, Walde P, Völlm B (angenommen): Abbrecher und Patienten mit Abbruchwunsch. Recht und Psychiatrie.	0.5
6.	Cerci, D. (2023): Rauchfrei in der Psychiatrie – Eine qualitative Analyse der Ansichten von Mitarbeiter:innen, Psychiatrische Praxis. Published Online 21st November 2023.	2.2
7.	Cerci D. (2023): Die Rolle des medizinischen Personals bei der Tabakentwöhnung. Atemwegs- und Lungenkrankheiten 49: 567-572.	0.1
8.	Ferra F, Drewelow E, Klein O, Daum M, Walde P, Gerullis K, Kilimann I, Tomlin J, Teipel S, Völlm B (2023): Implementation and evaluation of participatory advisory boards in mental health research: a research protocol of the 'PART-Beirat' project. Research Involvement and Engagement 9: 112.	4.4
9.	Zeidler R, Dudeck M, Frank U, Gerlinger G, Hesse D, Muysers J, Pollmächer T, Riedemann C, Sander J, Völlm B, Müller JL (2023): Die Situation des Deutschen Maßregelvollzugs – Ergebnisse einer Umfrage der DGPPN. Nervenarzt. Published online 9th November 2023.	1.1
10.	Tomlin J, Walker K, Yates J, Dening T, Goethals K, Völlm B, Griffiths C (2023): Care for older forensic mental health patients: A consensus guidance document. European Psychiatry 66: 1-13.	7.8
11.	Häßler F, Reis O, Wilfert L, Steinhäuser A (2023): Verantwortungsreife – Herausforderung für den Gutachter (eine Fallvignette). Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie 17: 314–317.	0.7
12.	Cerci D, Völlm B (2023): Psychotherapie bei antisozialen Persönlichkeitsstörungen. Persönlichkeitsstörungen Theorie und Therapie 27: 149-167.	0.1

¹⁶ „Der Impact-Faktor (IF) ist eine errechnete Zahl, deren Höhe den Einfluss einer wissenschaftlichen Fachzeitschrift wiedergibt. Er dient zum bibliometrischen Vergleich verschiedener Zeitschriften. Der Impact-Faktor gibt Auskunft darüber, wie oft die Artikel einer bestimmten Zeitschrift in anderen wissenschaftlichen Publikationen durchschnittlich pro Jahr zitiert werden. In der Praxis werden Impact-Faktoren häufig für die Beurteilung wissenschaftlicher Publikationsleistungen verwendet.“ (nach Wikipedia, 2023)

13.	Walde P, Völlm B (2023): The TRAPD Approach as a Method for Questionnaire Translation. <i>Frontiers in Psychiatry</i> .	4.2
14.	Brenig D, Gade P, Völlm B (2023): Is mental health staff training in de-escalation techniques effective in reducing violent incidents in forensic psychiatric settings? - A systematic review of the literature. <i>BMC Psychiatry</i> 23: 246.	3.4
15.	Walker K, Yates J, Denning T, Völlm B, Tomlin J, Griffiths C (2023): Quality of life, wellbeing, recovery, and progress for older forensic mental health patients: a qualitative investigation based on the perspectives of patients and staff. <i>International Journal of Qualitative Studies in Health & Well-being</i> 18: 2202978.	1.9
16.	Korte M, Cerci D, Wehry R, Timmers R, Williamson VJ (2023): The same but different. Multidimensional assessment of depression in students of natural science and music. <i>Health Psychology Research</i> 11: 74879.	5.6
17.	Walde P, Hadala J, Peipe V, Völlm B (2023): Implementation of a Peer Support Worker in a Forensic Psychiatric Hospital in Germany – Views of Patients. <i>Frontiers in Psychiatry</i> 14: 1061106.	4.2
18.	Cerci D (2023): Staff perspectives on smoking cessation treatment in German psychiatric hospitals. <i>Journal of Public Health</i> . Published Online 6th January 2023.	-
19.	Vitzthum K, Cerci D (2023): A qualitative Investigation of staff feedback on an online learning module on smoking cessation in a German healthcare Company. <i>Healthcare</i> 11: 1774.	2.0
20.	Korte M, Cerci D, Wehry R, Timmers R, Williamson VJ (2023): The relationship between musicianship and pain. Is chronic pain and its management a problem for student musicians only? <i>Frontiers in Pain Research. Mechanisms</i> : 1194934.	1.4

Abb. 37: Publikationen des Forschungsteams

Im Vergleich zum Jahr 2022 gab es 2023 einen Anstieg von Publikationen.

Der Bereich Forschung & Lehre war an diversen Kongressen etc. mit eigenen Beiträgen beteiligt, s. Abb. 38 und Abb. 39.

Beiträge auf Kongressen (2023)

Kongress	Veranstaltungs-ort	Autoren	Titel Beitrag	Art des Beitrags
CTNR ¹⁷ -Winterschool	Gremmelin	Daum M, Ferra F, Tomlin J, Walde P, Gerullis K, Kilimann I, Völm B, Teipel S, Klein O	Developing an advisory board with hard-to-reach patients and caregivers: early insights from the PART(icipatory) project	Vortrag
EPA-Congress ¹⁸	Paris	Walde P	Implementation of a Peer Support Worker in a Forensic Rehabilitation Clinic – Views of Patients	Poster
EPA-Congress	Paris	Walde P, Völm B	What does a Peer Support Worker do in a Forensic Mental Health Clinic for Addicted Offenders?	E-Poster
EPA-Congress	Paris	Drewelow E, Ferra F, Daum M, Klein O, Tomlin J, Walde P, Gerullis K, Kilimann I, Teipel S, Völm B	Early insights from a joint project on participatory research involving dementia and forensic mental health patients	E-Poster
EPA-Congress	Paris	Uden J, Völm B, Cerci D	Standards of treatment in Forensic Mental Health: A Systematic Review	E-Poster
Recovery Fachtagung	Basel	Gerullis K, Völm B	Implementierung eines Peer Support Workers im Maßregelvollzug	Vortrag

¹⁷ Centre for Transdisciplinary Neurosciences (CTNR)

¹⁸ European Psychiatric Association (EPA)

DPK ¹⁹ -Kongress	Berlin	Drewelow E, Daum M, Ferra F, Gerullis K, Kilimann I, Klein O, Walde P, Teipel S, Völm B	Partizipativ forschen - Entwicklung und Etablierung eines Patientenbeirates für Menschen mit Demenz und forensische Psychiatriepatienten (PART)	Vortrag
DPK-Kongress	Berlin	Köppen K, Walde P, Völm B	Entwicklung einer bundesweiten Datenbank für Patient:innen des Maßregelvollzuges (§ 63 StGB) – die CONNECT ²⁰ -Studie	Poster
IAFHMS ²¹ -Congress	Sydney	Walde P, Völm B, Drewelow E	What does a Peer Support Worker do in a Forensic Mental Health Clinic for Addicted Offenders?	Vortrag in Symposium "Patient involvement in service development and research"
IAFHMS-Congress	Sydney	Walde P, Völm B, Drewelow E	What does a Peer Support Worker do in a Forensic Mental Health Clinic for Addicted Offenders?	Poster
IAFHMS-Congress	Sydney	Ferra F, Drewelow E, Daum M, Tomlin J, Gerullis K, Kilimann I, Klein O, Walde P, Teipel S, Völm B	Early insights from a joint project on participatory research involving dementia and forensic mental health patients	Vortrag in Symposium "Patient involvement in service development and research"
Alzheimer's Association International Conference	Amsterdam	Daum M, Drewelow E, Ferra F, Tomlin J, Walde P, Gerullis K, Kilimann I, Völm B, Teipel S, Klein O	Patient advisory board for dementia research (PART-Beirat): survey on knowledge on participatory research	Poster

¹⁹ Deutscher Psychiatriekongress (DPK)

²⁰ Communication and Optimization of Nursing and Therapeutic Interactions in Acute Psychiatry (CONNECT)

²¹ International Association of Forensic Mental Health Services (IAFHMS)

20. Fachgruppen- tagung der Fachgruppe Rechts- psychologie in der Deutschen Gesellschaft für Psycho- logie	Mainz	Köppen K, Walde P, Völlm B	Entwicklung einer bundesweiten Datenbank für Patientinnen und Patienten des Maßregelvollzuges (§ 63 StGB) – die CONNECT-Studie	Poster
20. Fachgruppen- tagung der Fachgruppe Rechts- psychologie in der Deutschen Gesellschaft für Psycho- logie	Mainz	Ferra F, Drewelow E, Walde P, Völlm B	Partizipative Forschung im Maßregelvollzug. Ein Literaturreview	Poster
WPA- Congress	Wien	Drewelow E	Patient pers- pective on the use and tasks of a patient advisory board for research in dementia and forensic psychiatry	Vortrag
WPA- Congress	Wien	Völlm B und andere	Leitung	Vor- sitzende Symposium “Different aspects of Ethics in forensic psychiatry”
DGPPN ²² - Congress	Berlin	Drewelow E, Ferra F, Daum M, Gerullis K, Kilimann I, Klein O, Walde P Teipel S, Völlm B	Entwicklung und Etablierung eines Patientenbeirates für forensische Psychiatriepatiente n - Erste Einblicke und Erfahrungen aus dem PART- Projekt	Vortrag in Symposium “Auf Augenhöhe in der Forensik“ (Vor- sitzende Völlm B, Drewelow E)

²² Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)

DGPPN Kongress	Berlin	Walde P, Völlm B	Vorbereitung und Begleitung der Implementierung von Genesungsbegleitung im Maßregelvollzug (§ 64 StGB)	Vortrag in Symposium "Auf Augenhöhe in der Forensik"
DGPPN Kongress	Berlin	Gerullis K, Völlm B	Partizipation praktisch – Implementierung von Genesungsbegleitung im Maßregelvollzug aus Sicht eines Genesungsbegleiters	Vortrag in Symposium "Auf Augenhöhe in der Forensik"

Abb. 38: Kongressteilnahmen

Zudem nahmen wir an folgenden internen Veranstaltungen der UMR teil bzw. richteten diese aus, Abb. 39:

Veranstaltung	Veranstaltungs-ort	Autoren	Titel
CTNR-Winter-school	Gremmelin	Daum M, Ferra F, Tomlin J, Walde P, Gerullis K, Kilimann I, Völlm B, Teipel S, Klein O	Developing an advisory board with hard-to-reach patients and caregivers: early insights from the PART(icipatory) project
Seminar	UMR, Standort Gehlsdorf	Drewelow E, Köppen K, Völlm B, Walde P	Seminar für Doktoranden und Doktorandinnen 5 Termine 2023, 2 weitere Termine 2024
Hauptvorlesung Psychiatrie	UMR	Völlm B	Einführung in die Forensische Psychiatrie
Vorlesung Berufsfelderkundung	UMR	Völlm B	Forensische Psychiatrie

Abb. 39: Interne Veranstaltungen an der UMR

Mitglieder der KFP fungieren als Prüferinnen/Prüfer bzw. stellen den Vorsitz bei Prüfungen des 3. Staatsexamens.

Mitglieder der KFP sind sowohl im Research Advisory Committee Meeting des Waypoint Forensic Centre of Excellence als auch in der Community of Practice für Patientinnen- und Patientenbeteiligung in der Forschung vertreten.

Drittmittel

Im Jahr 2022 war das Forschungsteam im Einwerben von Drittmitteln von über 194.495,11 € von der Robert-Bosch-Stiftung zur Etablierung einer Organisationsstruktur zur

Patientenpartizipation und von über 87.537,57 € von der DAMP²³-Stiftung für die Pilotstudie zur Entwicklung einer landesweiten Datenbank für Patientinnen und Patienten mit Unterbringungsgrundlage § 63 StGB (Pilot zur CONNECT-Study) erfolgreich. Diese Projekte wurden 2023 weitergeführt.

Im Jahr 2023 wurde bei der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) ein Antrag für die Verlängerung der Pilotstudie zur Entwicklung einer bundesweiten Datenbank für Patientinnen und Patienten mit Unterbringungsgrundlage § 63 StGB eingereicht. Weitere Drittmittel wurden nicht erworben.

8 KLINIKBEIRAT UND ÖFFENTLICHKEITSARBEIT

Der Klinikbeirat wurde wie in den Jahren zuvor von Frau Prof. Dr. med. Völlm PhD halbjährlich eingeladen. Die ehrenamtlichen Mitglieder wurden über die inhaltlichen und organisatorischen Entwicklungen der Klinik informiert. Anschließend fanden angeregte Diskussionen statt.

Im Dezember 2023 wurde erstmalig ein Informationsabend für Angehörige initiiert, zu dem trotz Wetterkapriolen 16 Angehörige von 10 Patientinnen bzw. Patienten in unserer Klinik erschienen, s. Abb. 40.



Abb. 40: Informationsabend für Angehörige

Ab dem Jahr 2024 werden Informationsabende für Angehörige halbjährlich organisiert. Für die Teilnehmenden wird somit eine Plattform für den Austausch und die Klärung von Fragen geboten.

9 AUSBLICK

9.1 PATIENTINNEN-/PATIENTENORIENTIERUNG

Wie bereits mehrfach beschrieben, behandeln wir unsere Patientinnen und Patienten nach aktuellen, wissenschaftlich gestützten Standards und medizinischen Leitlinien. Dieser Wissens- und Erkenntnisstand wird auf die individuellen Bedürfnisse, Ressourcen und Ziele der zu Behandelnden angewandt.

²³ Deutsche Ärzte- und Mediziner-Privatklinik (DAMP)

Der Aspekt der *partizipativen Entscheidungsfindung* ist aus der doppelten Perspektive – Personal und untergebrachte Personen - insofern relevant, da sich dadurch der Prozess und die Ergebnisse von Behandlungsqualität optimieren lassen.

In der Klinik für Forensische Psychiatrie Rostock wird demzufolge weiterhin auf Kommunikation auf Augenhöhe zwischen dem Personal und den untergebrachten Personen fokussiert und diese nicht nur in die eigene Behandlung aktiv einbezogen, sondern auch im Hinblick auf die Abläufe der Station und Klinik insgesamt konsultiert:

- Gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten erarbeitete individuelle Behandlungsplanungen sowie regelmäßige Feedbacks in Bezug auf den Behandlungsstand (Transparenz).
- Halbjährlich stattfindende Gesprächsrunden/Wohngruppe mit der Klinikdirektorin
- Gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten erarbeitete individuelle Behandlungsplanungen sowie regelmäßige Feedbacks in Bezug auf den Behandlungsstand (Transparenz).
- Beteiligung von Betroffenen in der Forschung (partizipativer Beirat/PART-Beirat) in der Universitätsmedizin Rostock²⁴ etc.

Indem wir die Patientinnen und Patienten an der Gestaltung ihrer Behandlungsprozesse beteiligen, stärken wir die Aspekte Patientinnen- und Patientensicherheit und die Behandlungsqualität und realisieren den hoheitlichen Auftrag der Besserung und Sicherung der in der Klinik untergebrachten Personen.

9.2 MITARBEITERINNEN-/MITARBEITERORIENTIERUNG

Die Akquise von qualifiziertem Personal ist insbesondere im Pflegebereich in den letzten Jahren zunehmend schwieriger geworden. Demzufolge ist es strategisch umso wichtiger, das Personal fortlaufend fachspezifisch aus- und weiterzubilden. Dem ist hinzuzufügen, dass Personalschulungen ein wichtiges Merkmal für Qualität sind.

Die Personalbesetzungen pro Station werden täglich bestmöglich an die aktuellen Erfordernisse angepasst. Im Rahmen der Budgetverhandlungen wird vor allem eine dringend notwendige Anhebung der bisherigen pflegerischen Vollkräfte angeregt.

Die Suche nach spezialisierten Supervisorinnen bzw. Supervisoren soll dazu führen, dass ab dem Jahr 2024 für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit direkten Patientinnen- und Patientenkontakten regelmäßig Supervisionsangebote unterbreitet werden können.

9.3 BAULICHE GEGEBENHEITEN

Über das Jahr 2024 hinaus sind bauliche Maßnahmen wie der Umbau von Krisenräumen, die Eingrenzung eines Hofbereiches für die Patienten der Aufnahmestation sowie diverse Instandhaltungsmaßnahmen geplant. Hierbei sind beispielsweise der inflationsbedingte

²⁴ “Das ist eine Gruppe von interessierten Personen - z. B. Patientinnen/Patienten, Angehörigen und medizinischen Fachkräften – , die sich regelmäßig treffen und mit Wissenschaftlern gemeinsam an Forschungsprojekten arbeiten. Damit soll es zukünftig leichter werden, Betroffene in Forschung einzubinden, damit ihre Erfahrungen und Bedürfnisse berücksichtigt werden. ([Aktuelles – Klinik für Forensische Psychiatrie \(uni-rostock.de\)](https://www.uni-rostock.de))

Anstieg der Plankosten und logistische sowie personalbedingte Herausforderungen zu bewältigen.

10 FAZIT

Der hoheitliche Auftrag sieht die Behandlung der im MRV untergebrachten Personen sowie die Senkung des Risikos von neuen Straftaten vor.

Ziel des vorliegenden Jahresberichts ist es, die Entwicklung der prägnantesten internen und externen Faktoren, die das klinische und ambulante Setting im MRV Rostock beeinflusst haben, offen und selbstkritisch zu hinterfragen.

Die Analyse dieser Faktoren ist von entscheidender Bedeutung, da sie Einblicke in die Funktionsweise und die Effektivität unserer Klinik bieten. Dazu zählen die Analyse und nachfolgende Optimierung von Strukturen und Prozessen, in denen Verbesserungen erforderlich sind. Ebenso forcieren die Patientinnen- und Patientenorientierung und die angestrebte Zunahme ihrer Zufriedenheit die Qualität der forensisch-psychiatrischen Versorgung. Die bundesweiten politischen Entwicklungen und Diskussionen sowie finanziellen Ressourcen beeinflussen ebenfalls die Qualität der Patientinnen- und Patientenversorgung.

Im Jahresbericht 2023 wurde insbesondere auf die Patientinnen- und Patientenorientierung sowie die Personalorientierung im Ist und Soll, beispielsweise unter Beachtung verlässlicher und empathischer Haltungen sowie Partizipation im Umgang miteinander, fokussiert. Damit gewährleisten wir die von Craissati und Taylor (2014) beschriebenen dritten und vierten Aspekte der Sicherheit in forensischen Kliniken.

Das Management von Risiken, wie die erforderliche Realisierung von Sicherheitsvorgaben, und eine bereichsspezifische Qualifikation des Personals, stehen ebenfalls weiterhin im Fokus. Mithilfe der Analyse externer Faktoren bereiten wir uns strategisch auf zukünftige Herausforderungen vor und richten uns als Klinik strategisch erfolgswirksam aus.

Bei all unseren Bemühungen hoffen wir auf Ergebnisse, die im Rahmen des Aufbaus der bundesweiten Datenbank für Patientinnen und Patienten des Maßregelvollzuges (§ 63 StGB) – CONNECT-Studie - evaluiert werden.

Herausfordernde, auf die Behandlungsergebnisse wirkende Faktoren verdeutlichen uns, dass wir qualitätsorientierte Fortschritte nur mit den Patientinnen und Patienten sowie nur zusammen mit dem Personal gemeinsam meistern können.

Nicht nur am deutlichen Rückgang des Einsatzes von Zwangsmaßnahmen ist erkennbar, dass sich die Klinik für Forensische Psychiatrie Rostock strukturell und prozessual zugunsten der untergebrachten Personen weiterentwickelt hat. Neben der Verbesserung von Patientinnen- und Patientenerfahrungen gilt es zwingend und konsequent, ein unterstützendes Arbeitsfeld für das Personal zu forcieren.

Mit Zuversicht blicken wir auf das Jahr 2023 zurück und sind stolz auf die Fortschritte, die wir in der Klinik für Forensische Psychiatrie Rostock erzielt haben. Gemeinsam werden wir weiterhin an der bestmöglichen forensisch-psychiatrischen Versorgung unserer Patientinnen und Patienten arbeiten. Auch im nächsten Jahresbericht werden wir wieder von unserer Erfolgswirksamkeit und unseren Zukunftsvisionen referieren.

Für Rückfragen und Anregungen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Prof. Dr. med. Birgit Völlm PhD MRCPsych DiplForPsych
Direktorin
Klinik und Poliklinik für Forensische Psychiatrie
Universitätsmedizin Rostock

Anita Lädke
QMB, Gesundheitsökonomin MA
Klinik für Forensische Psychiatrie
Universitätsmedizin Rostock

LITERATURVERZEICHNIS

Craissati, J; Taylor, P (2014): Forensic mental health services in The United Kingdom and Ireland. In: Gunn, J., Taylor, P. J. (Eds.). Forensic psychiatry – Clinical, legal and ethical issues. Boca Raton, FL: CRC Press/Taylor & Francis.

DGPPN, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (2009). S2-Leitlinien für die Behandlung von antisozialen Persönlichkeitsstörungen.. Steinkopff Heidelberg.

Donabedian, A (1980): Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Band 1. Chicago: Ache Management Series.

Friedenstab, T (2013): Soziales und emotionales Kompetenztraining (SEKT) für psychisch kranke Straftäter mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis und komorbiden Störungen wie Substanzmissbrauch und Persönlichkeitsstörungen. Lengerich: Pabst Science Publishers.

ICD-10. Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsstörungen (ICD-10). Online: https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-10-GM/_node.html.
Letzter Zugriff am 25.01.2024.

Impact-Faktoren. Online: https://de.wikipedia.org/wiki/Impact_Factor. Letzter Zugriff am 19.02.2024.

Klinik für Forensische Psychiatrie. Aktuelles. Online: <http://forensik.med.uni-rostock.de>.
Letzter Zugriff am 25.01.2024.

Klos, H; Görgen, W (2009) Rückfallprophylaxe bei Drogenabhängigkeit. Göttingen: Hogrefe.

Leune, J; Weissinger, V (2015). Opiatabhängigkeit: Schwere komplexe Erkrankung. Deutsches Ärzteblatt 2015; 112(12): A-510 / B-434 /C-422.

Lindenmeyer, J (2016). Alkoholabhängigkeit. Fortschritte der Psychotherapie. Band 6. Göttingen: Hogrefe.

Lockerungsrichtlinie MRV (2017). Verwaltungsvorschrift des Justizministeriums des Landes Mecklenburg-Vorpommern vom 01. Oktober 2015 in der Fassung vom 26. Mai 2017 - III 200 / 4424 - 4 SH.

Mc Cann, R; Ball, E; Ivanhoff, A (2000): DBT with an inpatient forensic population: The CMHIP Forensic model. Cognitive and Behavioral Practice 7: 447-456.

Müller-Isberner, R (Hrsg.); Schmidtbauer, W M (Hrsg.); Born, P (Hrsg.); Holzinger, B (Übersetzung); Bolzmacher, M (Beitrag); Kötter, S (Beitrag); von Franquè, F (Beitrag); Eucker, S. (Beitrag), (2014). Die Vorhersage von Gewalttaten mit dem HCR-20 V3. Benutzerhandbuch Deutsche Version. Institut für forensische Psychiatrie Haina. Gießen.

NICE-Guidelines, National Institute for Health and Care Excellence (2009). Online: [nice.org.uk](https://www.nice.org.uk). Letzter Zugriff am 05.07.2024.

PsychischKrankengesetz (PsychKG M-V). Online: <https://www.landesrecht-mv.de/bsmv/document/jlr-PsychKGMV2016V2P13>. Letzter Zugriff am 25.01.2024.

Querengässer, J; Bezzel, A; Hoffmann, K; Mache, W; Schiffer, B (2017). Versorgungsforschung im Maßregelvollzug oder das Stochern im Nebel. Konsenspapier zur Notwendigkeit einheitlicher und besserer Daten. Der Nervenarzt: 2017, 88, S. 1292-1297. Springer Compact Clearingstelle Universitätsmedizin Freiburg.

Ross, R; Fabiano, E (2004): Reasoning and Rehabilitation: A Handbook for Teaching Cognitive Skills. Ottawa: Cognitive Center of Canada (1986). deutsche Adaption durch IFPH, 2004.

SGB V (Fünftes Buch Sozialgesetzbuch). Online: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/im-internet.de. Letzter Zugriff am 20.02.2024.

Storebø, O J; Stoffers-Winterling, J M; Völlm, B A; Kongerslev, M T; Mattivi, J T; Jørgensen, M S; Faltinsen, E; Todorovac, A; Vertrieb, C P; Callesen, H E; Lieb, K; Simonsen, E (2020). Psychologische Therapien für Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. 2020 Mai 4; 5(5):CD012955. DOI: 10.1002/14651858.CD012955.pub2.

Stück, E.; Brunner, F. (2022). Das spezifische Ansprechbarkeitsprinzip in der Behandlung delinquenter Personen. Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie (2022) 16:329–338. Online: <https://doi.org/10.1007/s11757-022-00731-x> Forens Psychiatr Psychol Kriminol (2022) 16:329–3. Letzter Zugriff am 20.02.2024.